

*ECN-Intégrale*

COLLECTION DIRIGÉE PAR  
JONATHAN TAIEB

**QCM** en

# URGENCES CHIRURGICALES

**Benjamin ABECASSIS**

Interne en Chirurgie viscérale et digestive

- 15 **cas cliniques** validés par des spécialistes
- 222 **QCM** corrigés et commentés
- Le **visuel** important «qui tombe»

Nouveau programme ECNI



---

## **Éditions Médicilline**

599 rue de la Nivelle - 45200 Amilly

contact@medicilline.com

www.medicilline.com

**ISBN 978-2-915220-72-8**

**ISSN 2491-1623**

**© 2016 Éditions Médicilline, première édition**

Toute représentation ou reproduction, intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants-droit ou ayants-cause, est illicite (loi du 11 mars 1957, alinéa 1<sup>er</sup> de l'article 40). Cette représentation ou reproduction par quelque procédé que ce soit, constituerait une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivant du Code Pénal.

---

# **INTRODUCTION**

La connaissance des urgences chirurgicales est essentielle pour maîtriser l'examen national classant.

De plus, dans votre carrière, qu'importe votre spécialité, vous serez forcément amené(e)s à en prendre en charge.

Bon courage aux futurs médecins.

**Benjamin Abecassis**

## **L'AUTEUR :**

**Benjamin Abecassis**

Interne en Chirurgie viscérale  
et digestive

# **AUTRES OUVRAGES**

## **AUX ÉDITIONS MÉDICILLINE**

### **• Collection ECN Mémo**

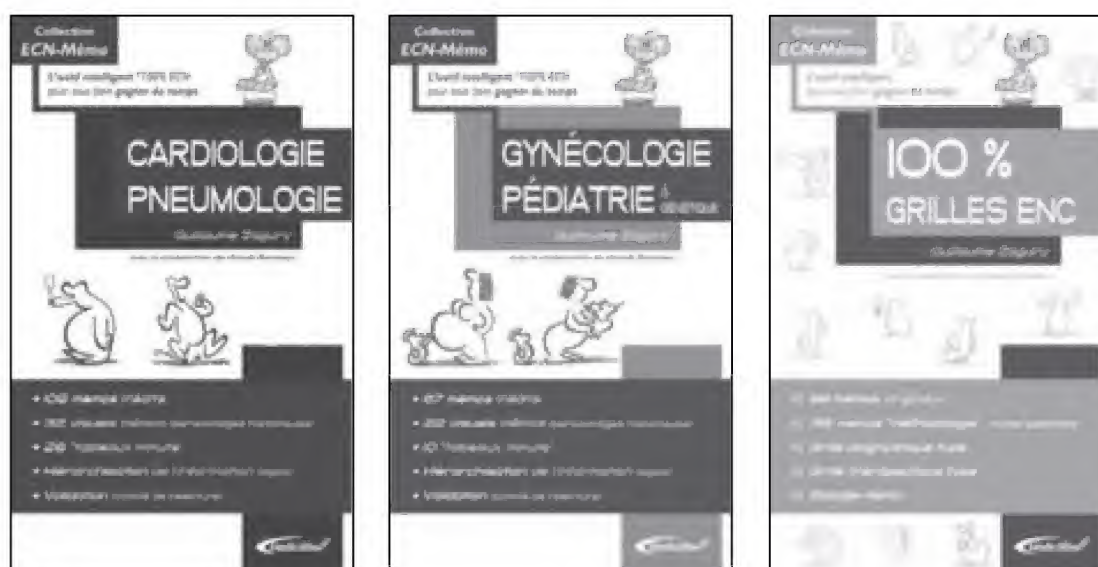
L'outil intelligent "100% ENC" pour vous faire gagner du temps. Une nouvelle collection adaptée au programme et à la nouvelle philosophie ENC : plus de longues listes à apprendre. En 2014, tous les étudiants ont approximativement la même base de connaissances avec environ 325 fiches de synthèse (soit personnelles, soit achetées dans le commerce). L'étape suivante consiste à structurer logiquement cette information, puis ensuite la retenir... Cet ouvrage est l'outil idéal pour décupler votre potentiel mnésique, de façon extrêmement efficace et 100% opérationnelle. Tout a été fait pour vous faire gagner du temps en ne vous proposant que des mémos à impact testés (l'auteur est un ancien conférencier d'internat) et répondant au cahier des charges d'un bon mémo (utilité, homogénéité, court,...).

2 exemples :

- Sérologie pour dater une infection ancienne : IgG (infection ancienne) penser : "GOLD" (IgG=Old, par suite IgM = Infection récente).
- Diabète type 1, les 4 axes du traitement : " DIDS" : Diététique (GLP 50%-30% 20% ) - Insuline (1 U/kg/Jr) - Discipline (horaires réguliers,...) - Surveillance An/Sem/Tri/M/Jr)).

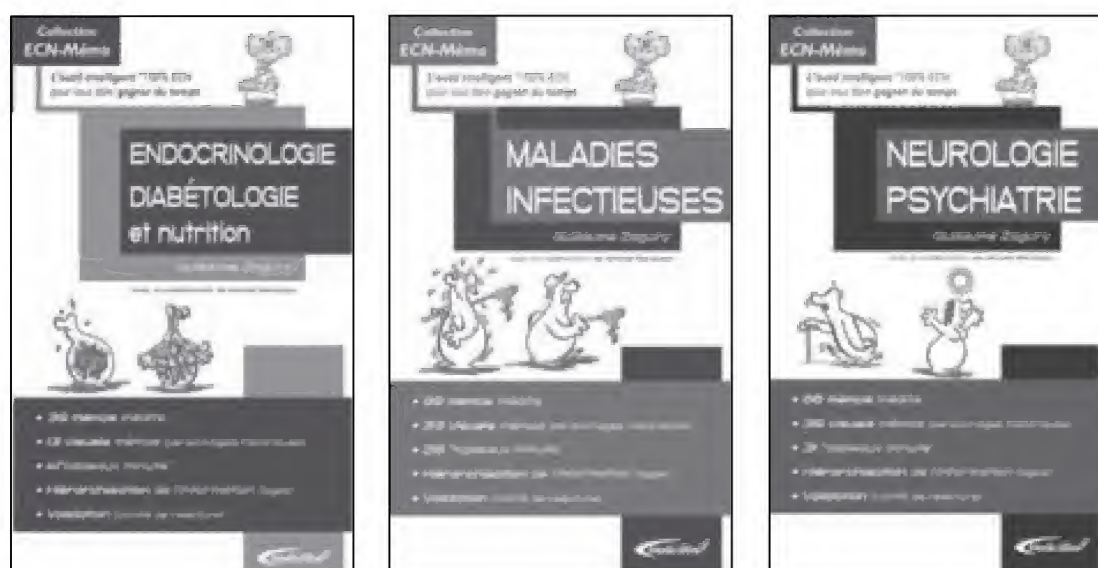
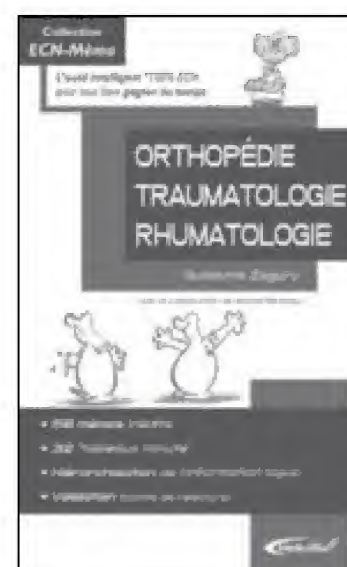


Sachez sélectionner les 10 mémos adaptés à votre niveau et personnalité (de très nombreux mémos visuels ont été incorporés) et vous avez de l'or entre les mains.



Ouvrages disponibles  
en librairie  
et sur

[www.medicilline.com](http://www.medicilline.com)



## • Collection Doc Protocoles

*«Une image vaut 1000 mots»*

Forte de ce constat, une équipe multidisciplinaire (médecins spécialistes, photographe, informaticiens), sous la direction du Pr Safran et du Dr Georget, nous propose cette collection unique en son genre.

Deux priorités constantes pour cette équipe :

- validation scientifique du travail,
- gain de temps pour l'utilisateur.

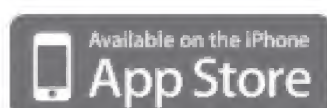
Ainsi, dans l'optique d'une utilisation "opérationnelle", notre objectif sera atteint si, à travers ces ouvrages, vous gagnez en assurance :

- avoir le "film en tête" si vous réalisez le geste pour la première fois,
- affiner les détails si vous révisez la technique ("See it, Do it, Teach it").

Ouvrages disponibles en librairie  
et sur [www.medicilline.com](http://www.medicilline.com)



« Doc Protocoles » existe également en application (Apple & Android)



## VOTRE AVIS EST IMPORTANT

Si vous avez une suggestion, une idée de projet éditorial papier ou numérique, n'hésitez pas à nous contacter de façon à voir comment aider à concrétiser ce projet dans les meilleurs délais.

[contact@medicilline.com](mailto:contact@medicilline.com)

[guillaumez888@hotmail.com](mailto:guillaumez888@hotmail.com)

## AVERTISSEMENTS

Malgré tout le soin que nous avons apporté à l'élaboration de cet ouvrage, une erreur est toujours possible. Les informations publiées dans cet ouvrage ne sauraient engager la responsabilité des auteurs.

Copyright : Toute utilisation de mémos de cet ouvrage doit se faire après acceptation des éditions Médicilline.



# **SOMMAIRE**

Cas clinique n° 1 .....	11
Cas clinique n° 2 .....	21
Cas clinique n° 3 .....	31
Cas clinique n° 4 .....	43
Cas clinique n° 5 .....	53
Cas clinique n° 6 .....	61
Cas clinique n° 7 .....	69
Cas clinique n° 8 .....	79
Cas clinique n° 9 .....	87
Cas clinique n° 10 .....	95
Cas clinique n° 11 .....	103
Cas clinique n° 12 .....	113
Cas clinique n° 13 .....	121
Cas clinique n° 14 .....	129
Cas clinique n° 15 .....	139



## DÉDICACES

Je dédie tout d'abord ce livre à ma femme Alice et à notre princesse Anna.

À toute ma famille et tout particulièrement à mes parents qui m'ont toujours soutenu.

À toute l'équipe du Professeur Regimbeau du CHU d'Amiens pour l'apprentissage de notre métier.

Sans oublier tous mes amis avec une pensée spéciale pour le « Prez » Jonathan Taieb qui m'a permis d'écrire cet ouvrage.

En espérant que la lecture de ce livre répondra à vos questions.

**Benjamin Abecassis**

### À SAVOIR :

- Pour chaque cas clinique (**cf. ci-contre**) sont indiqués en première page le niveau de difficulté, sur une échelle de 3, ainsi que le degré de « tombabilité » (thermomètre) sur une échelle de 5.
- Le concours se déroulera sur tablette tactile avec déroulement progressif du cas clinique, réponses à fournir sans possibilité de lire le cas en intégralité et de revenir sur les réponses précédentes. L'idée est de réaliser le cas en conditions réelles sans le lire dans son intégralité mais question par question.

# CAS CLINIQUE N° 1

Difficulté : 1 2 3

*Vous voyez Monsieur. C, 81 ans, aux urgences.*

*Cet ancien boucher a pour principaux antécédents : diabète de type 2, hypertension artérielle, cholécystectomie, cancer du côlon chez sa mère diagnostiqué à 63 ans et consommation alcoolique qu'il décrit comme occasionnelle avec un appétit de temps en temps.*

*Il présente des douleurs abdominales diffuses évoluant depuis 3 jours, avec un arrêt des matières et des gaz, vomissements. à l'examen clinique, vous retrouvez un abdomen ballonné, pas de douleur au TR et une masse au niveau inguinal droit non réductible.*



## QCM I

**Quel diagnostic devez-vous retenir en priorité ?**

- A - Cancer colique en occlusion
- B - Hernie inguinale droite étranglée
- C - Sigmoidite diverticulaire perforée
- D - Colique néphrétique droite
- E - Appendicite aiguë

**QCM 2**

**Quelle est votre prise en charge en urgence?**

- A - Traitement chirurgical au bloc opératoire
- B - Antibiothérapie pré-opératoire
- C - Cure de la hernie inguinale avec raphie prothétique
- D - Cure de la hernie inguinale sans raphie prothétique
- E - Perfusion d'antalgiques de palier adapté

**QCM 3**

**Quelles sont les complications dont vous devez informer votre patient ?**

- A - Décès
- B - Douleurs résiduels post-opératoire
- C - Risque d'infection de la plaque
- D - Abscess post-opératoire
- E - Hématome post-opératoire

**QCM 4**

**Le patient est opéré, pas de complications post-opératoires. Vous le revoyez en consultation post-opératoire à 1 mois et il vous décrit parallèlement à cet épisode la survenue d'une altération de l'état général qui évolue depuis maintenant 3 mois avec perte de poids et diminution de l'appétit.**

**Vous décidez de pousser les investigations complémentaires dans le cadre de son altération de l'état général.**

**Quels sont les examens complémentaires à réaliser en première intention ?**

- A - Scanner TAP
- B - IRM
- C - TEP scanner
- D - Coloscopie
- E - Écho-endoscopie

### QCM 5

**Quels sont les éléments d'énoncé qui devaient vous faire penser à un cancer colique ?**

- A - Sexe masculin
- B - Antécédent premier degré de cancer colique
- C - Âge du patient
- D - Syndrome occlusif sur hernie étranglée
- E - Profession

**QCM 6**

**Le patient déménage chez sa fille dans le Sud et est perdu de vue concernant sa pathologie colique.**

**Il revient aux urgences 6 mois plus tard avec un tableau de douleurs abdominales, arrêt matières et des gaz depuis 3 jours, ballonnement, nausée et vomissement depuis ce matin et T. à 37,1°C. Biologiquement CRP à 95, hb à 10,2.**

**À quoi devez-vous penser en priorité ?**

- A - Syndrome occlusif sur tumeur colique
- B - Syndrome appendiculaire
- C - Péritonite aiguë généralisée
- D - Abscès profond post-opératoire
- E - Occlusion grêle sur bride

**QCM 7**

**Vous réalisez un scanner. Que devez-vous rechercher comme signes de gravité ?**

- A - Aéroportie
- B - Présence de niveaux hydro-aériques
- C - Pneumatose pariétale
- D - Fécalome
- E - Pneumopéritoine



## QCM 8

Décrivez le scanner.



- A - Masse sténosante côlon droit
- B - Masse sténosage côlon gauche
- C - Dilatation grêlique
- D - Dillatation caecale
- E - Pneumopéritoine

## QCM 9

Quelles sont vos alternatives thérapeutiques dans le cadre de l'urgence ?

- A - Colostomie de proche amont
- B - Opération de Hartman avec rétablissement de continuité dans un second temps
- C - Colectomie gauche avec rétablissement de continuité en un temps
- D - Prothèse colique
- E - Colectomie totale

**QCM 10**

**L'anapath de la pièce opératoire revient pt3n1m0. Quel est le stade du cancer du patient ?**

- A - Stade 2 a
- B - Stade 2 b
- C - Stade 3 a
- D - Stade 3 b
- E - Stade 3 c

**QCM 11**

**Vous vous réunissez la semaine suivante avec vos collègues pour la réunion de concertation pluridisciplinaire. Quels sont les acteurs indispensables ?**

- A - Chirurgien
- B - Oncologue
- C - Cardiologue
- D - Pneumologue
- E - Gastro-entérologue

**QCM 12**

**Quel(s) traitements proposez vous au patient en post-opératoire?**

- A - Radiothérapie adjuvante
- B - Prise en charge nutritionnelle
- C - Chimiothérapie adjuvante
- D - Prise en charge psychologique
- E - Kinésithérapie respiratoire

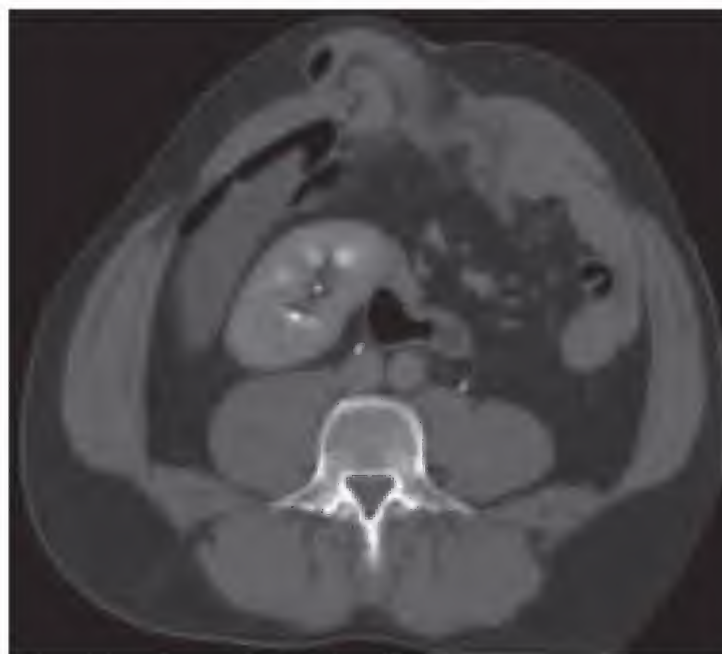
## QCM 13

**Vous le revoyez à distance dans le cadre de son suivi. Quels examens complémentaires pouvez-vous proposer et à quelle fréquence devez-vous les réaliser ?**

- A - Scanner abdomino-pelvien tous les 6 mois
- B - Échographie abdominale tous les 6 mois
- C - Marqueurs tumoraux tous les 6 mois
- D - Scanner cérébral annuel
- E - Coloscopie de contrôle tous les 2 ans

## QCM 14

**Au bout d'un an le patient vous ramène cette imagerie. Que voyez-vous au scanner ?**



- A - Hernie inguinale droite
- B - Hernie inguinale gauche
- C - Éventration péri-stomiale
- D - Éventration ombilicale
- E - Pneumopéritoine

**QCM 15**

**Cliniquement, il se plaint également d'une diminution de la sensibilité au toucher d'apparition progressive. Quelles peuvent en être les causes ?**

- A - Métastase cérébrale
- B - Effets secondaire de l'oxaliplatine
- C - Effets secondaire du 5fu
- D - Neuropathie périphérique liée à son DT1
- E - Neuropathie périphérique sur consommation alcoolique excessive

**RÉPONSES**

**QCM 1 : A - QCM 2 : ADE - QCM 3 : ABDE - QCM 4 : AD  
- QCM 5 : CE - QCM 6 : A - QCM 7 : ACE - QCM 8 : BCD  
- QCM 9 : ABD - QCM 10 : D - QCM 11 : ABE - QCM 12 :  
BCD - QCM 13 : ABC - QCM 14 : D - QCM 15 : ABDE.**

**Items abordés**

**141** - Traitement des cancers. **148** - Cancer colon et rectum. **217** - Syndrome occlusif. **245** - Hernie et éventration. **265** - Neuropathie périphérique.

**Références**

- [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/ald\\_30\\_\\_guide\\_ccr\\_web.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/ald_30__guide_ccr_web.pdf)
- [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/reunion\\_de\\_concertation\\_pluridisciplinaire\\_fiche\\_technique\\_2013\\_01\\_31.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/reunion_de_concertation_pluridisciplinaire_fiche_technique_2013_01_31.pdf)

## Les conseils du spécialiste

1. Hernie inguinale droite étranglée. Diagnostic évident devant une masse inguinale droite non réductible. L'arrêt des matières et des gaz confirme le caractère étranglé de la hernie dans le cadre d'un syndrome occlusif associé.
2. Bloc opératoire en urgence pour traitement chirurgical. Rien ne doit faire retarder la prise en charge. Le risque le plus important ici est la nécrose intestinale chez un patient avec une hernie qui évolue depuis plusieurs jours. Pas d'indication à une antibiothérapie préopératoire. Hernie étranglée, pas de raphie prothétique. En effet lors d'une cure de hernie étranglée on ne met pas de prothèse car le risque de microperforation intestinale est beaucoup plus important et expose à un risque de contamination septique. Antalgiques adaptés en fonction de l'EVA et des antalgiques pris au préalable.
3. Avant tout bloc opératoire, il est impératif d'informer son patient des risques encourus. Risque de décès présent pour chaque opération, même si très rare, il est important de l'informer. Information orale et ÉCRITE. Si une plainte est déposée, l'information écrite est un argument majeur.
4. En première intention devant un cancer colo-rectal il est nécessaire d'effectuer un Scanner thoraco-abdomino-pelvien + colposcopie. Marqueurs tumoraux auraient également été une bonne réponse. L'IRM et l'écho-endoscopie sont indiqués pour les cancers du rectum. Le Tep scanner n'est pas indiqué en première intention.
5. L'âge du patient est un facteur de risque. Les bouchers sont plus à risque du fait de la facilité d'accès aux viandes rouges, charcuteries qui sont des facteurs de risque de cancer colo-rectal. L'antécédent de premier degré n'est pas un facteur de risque car survenue après 50 ans.
6. Diagnostic le plus évident. On ne peut pas parler de péritonite ici, même si cela aurait été possible avec une perforation diastasique, mais devant un patient apyrétique sans signes de sepsis, cela reste peu probable.
7. Le fécalome est une étiologie et non pas un signe de gravité. Les niveaux hydro-aériques sont des signes de confirmation diagnostique. On aurait pu également citer l'aérobilie et l'aéromésentérie.
8. Présence d'une masse visible au niveau du côlon droit, irrégulière et sténosante. Dilatation grêlique et caecale. Pas de visualisation de pneumopéritoine. Les images aériques présentes sont dans la lumière intestinale.



**9.** Le Hartmann ou la colostomie d'amont peuvent se discuter. La prothèse colique même si encore très peu pratiquée est encore réalisée dans certains centres. Pas d'indication à un rétablissement en un seul temps chez un patient avec dilatation grêlique + colique.

**10.** Rappels des stades du cancer colique à connaître pour l'ECNi :

Stades de la classification :

Stade I = pT1-T2 N0 M0

Stade II A = pT3 N0 M0

Stade II B = pT4 N0 M0

Stade III A = pT1, T2, N1 M0

Stade III B = pT3,T4, N1 M0

Stade III C = tous T, N2 M0

Stade IV = tous T, tous N, M1

**11.** Au moins 3 spécialistes différents doivent être présents. Cancer du côlon avec atteinte ganglionnaire, nécessité de la présence d'un oncologue, gastro-entérologue et chirurgien viscéral.

**12.** Pas de radiothérapie dans le cancer du côlon gauche en adjuvant. Quel que soit le cancer, prise en charge nutritionnelle, psychologie, douleur.

**13.** Échographie abdominale ou scanner abdomino-pelvien tous les 3 à 6 mois pendant 3 ans puis tous les 6 mois pendant 2 ans. L'ACE, d'intérêt non complètement démontré, peut être dosé tous les 3 mois les 3 premières années avec bilan en cas d'élévation (accord d'experts). Pour la coloscopie si incomplète ou de mauvaise qualité avant l'intervention à faire dans les 6 mois post-opératoires (accord professionnel), puis à 2-3 ans, puis à 5 ans, si elle est normale. Si complète et de bonne qualité en pré-opératoire, elle sera refaite à 2-3 ans puis à 5 ans si elle est normale (niveau de la recommandation : grade B). Pas d'indications à réaliser un scanner cérébral.

**14.** Événtration ombilicale évidente. Encore une fois, pas de bulle d'air en extra-luminale.

**15.** Les neuropathies périphériques peuvent être d'origine alcoolique ou diabétique. Concernant les chimiothérapies, l'oxaliplatine peut donner une neuropathie périphérique. Le 5fu donne quant à lui des crises d'épilepsies. Ne pas oublier une métastase cérébrale dans un cancer du côlon.

# CAS CLINIQUE N° 2

Difficulté : 1 2 3

*Vous recevez Madame C., 34 ans, aux urgences pour des douleurs épigastriques intenses depuis 7 heures. Douleurs permanentes, associées à des nausées sans vomissements.*

*Principaux antécédents : une hypercholestérolémie, une obésité (80 kg pour 1,65 m), un tabagisme actif évalué à 13 PA.*

*Contraception œstro-progestative par Minidril.*

*L'examen clinique retrouve une température à 37,5°C, une TA à 91/74. Les autres constantes sont normales.*



## QCM I

**Quel(s) diagnostics évoquez-vous ?**

- A - Une pancréatite aiguë
- B - Une dissection aortique
- C - Un infarctus du myocarde
- D - Une colique hépatique
- E - Une embolie pulmonaire

**L'ECG est normal, le bilan biologique est le suivant :**

**GB : 14 000/mm<sup>3</sup>, Hb : 13 g/dl,**

**Lipasémie : 51,**

**Ionogramme normal.**

**Vous suspectez une cholécystite aiguë.**



**QCM 2**

**Vous demandez une échographie. Que recherchez-vous pour confirmer votre diagnostic ?**

- A - Épaississement des parois vésiculaires
- B - Lithiase vésiculaire
- C - Calcul de la voie biliaire principale
- D - Dilatation de la voie biliaire principale
- E - Absence de réhaussement de la paroi vésiculaire

**QCM 3**

**Vous confirmez le diagnostic de cholécystite et retrouvez une image atypique au niveau du foie droit.**

**Vous récupérez le bilan hépatique qui est le suivant :**

- Asat 43 Alat 31
- ggt 3n et pha 2N
- Billirubine 9

**Quelle est l'hypothèse la plus probable de la perturbation du bilan hépatique ?**

- A - Migration lithiatique
- B - Cholécystite aiguë
- C - Lithiase de la voie biliaire principale
- D - Hépatite aiguë
- E - Cirrhose hépatique

**QCM 4**

**Vous décidez d'opérer la patiente et demandez à vos collègues gastro-entérologues de réaliser une CPRE dans le même temps, qu'ils acceptent volontiers. Quelles sont les situations qui rendraient difficiles, voire impossible, de réaliser une CPRE ?**

- A - Court-circuit gastrique
- B - Ulcère duodénal récent
- C - Duodénectomie totale
- D - Maladie de Crohn
- E - RCH

**QCM 5**

**La CPRE est réalisée et ne retrouve pas de calcul de la voie biliaire principale. Cependant la patiente se plaint, à J3 de son opération, de douleurs abdominales persistantes s'étendant étendues à l'ensemble de l'abdomen. Température 38,6°C, TA 88/72, FC 107. À quoi pensez-vous ?**

- A - Perforation intestinale par l'écho-endoscopie
- B - Péritonite post-opératoire
- C - Abscès phrénique post-opératoire
- D - Abscès cul-de-sac de Douglas
- E - Lithiase de la voie BP

**QCM 6**

**Quelle est votre prise en charge thérapeutique ?**

- A - Antibiothérapie par Augmentin
- B - Antibiothérapie par C3G large spectre
- C - Chirurgie en urgence
- D - Remplissage vasculaire
- E - Prélèvement mycologie per-opératoire du liquide

**QCM 7**

**La patiente sort finalement au bout de 7 jours d'hospitalisation. Vous décidez de compléter le bilan dans le cadre de sa masse suspecte hépatique. Quel est l'examen le plus spécifique pour la détection de tumeurs hépatiques ?**

- A - IRM
- B - Scanner
- C - Écho-endoscopie
- D - Échographie hépatique
- E - Ponction-biopsie hépatique sous écho

**QCM 8**

**Vous revoyez les images avec le radiologue. Celui-ci vous dit que la lésion prend le contraste en périphérie sans cicatrice centrale hypo-intense en T1 et hyperintense en T2 sans wash out au temps portal. Quel est votre diagnostic ?**

- A - Adénome hépatique
- B - Angiome hépatique



- C - HNF
- D - Kyste biliaire
- E - CHC

### QCM 9

**Quels sont les facteurs de risque de la patiente pour cette pathologie ?**

- A - Traitement personnel
- B - Alimentation
- C - Tabac
- D - Sexe féminin
- E - Femme jeune

### QCM 10

**La patiente revient aux urgences avec un ventre de bois, une TA à 86/44, FC 108, FR 34. Un ECG normal. À quel diagnostic pensez-vous ?**

- A - Sepsis
- B - Déglobulisation
- C - Hémorragie intrakystique
- D - Rupture avec dissémination intra-péritonéale
- E - Hépatite aiguë

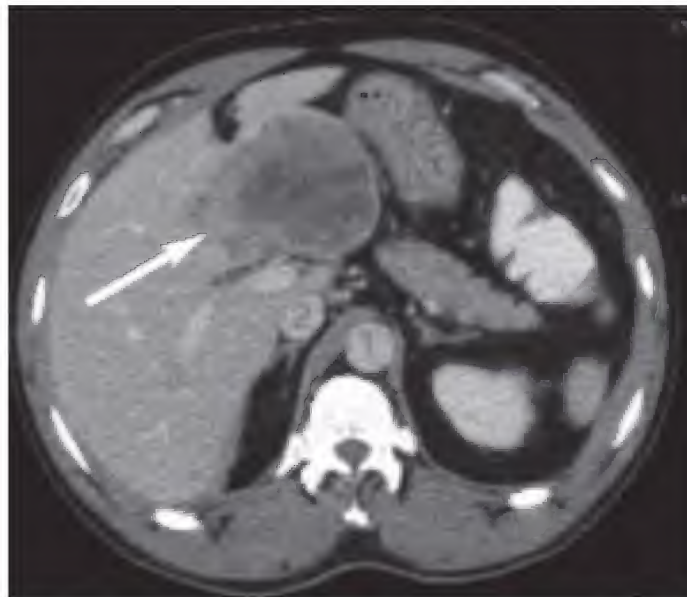
## QCM II

**Vous retenez le diagnostic de rupture intrakystique. Quel est votre attitude thérapeutique et les options de votre choix ?**

- A - Embolisation
- B - Abstention thérapeutique
- C - Remplissage vasculaire
- D - Hépatectomie partielle
- E - Transplantation hépatique

## QCM I2

**La patiente est traitée sans complications. Elle revient vers vous 2 ans plus tard pour AEG, perte de poids. Un bilan biologique qui retrouve une alpha-fœtoprotéine à 1200. Elle vous rapporte un scanner, quelles sont les bonnes réponses ?**



- A - 1 = Aorte abdominale
- B - 2 = Veine porte
- C - 2 = Veine cave inférieure
- D - 3 = Foie
- E - Flèche = Masse hépatique

**QCM 13**

**Quel est votre diagnostic ?**

- A - Adénome rompu
- B - CHC
- C - Kyste biliaire
- D - HNF
- E - Ampullome

**QCM 14**

**Quelle est la fréquence et le rang du CHC en France tous sexes confondus ?**

- A - 7<sup>e</sup>
- B - 15<sup>e</sup>
- C - 5 000
- D - 10 000
- E - 50 000

**QCM 15**

**Six ans plus tard, la patiente est mécontente de sa prise en charge et demande alors l'accès à son dossier médical. En combien de temps peut-elle le consulter ?**

- A - 48 h de délai au minimum
- B - 72 h de délai au minimum
- C - 8 jours de délai au maximum
- D - 1 mois de délai au maximum
- E - 2 mois de délai au maximum

## RÉPONSES

**QCM 1 : ABCE - QCM 2 : AB - QCM 3 : A - QCM 4 : ABCD**  
**- QCM 5 : AB - QCM 6 : BCDE - QCM 7 : A - QCM 8 : A**  
**- QCM 9 : ADE - QCM 10 : D - QCM 11 : AD - QCM 12 : ACDE - QCM 13 : B - QCM 14 : D - QCM 15 : ABDE.**

### Items abordés

**6** - Dossier médical. **151** - Tumeurs du foie primitive et secondaire.  
**258** - Lithiase biliaire et ses complications. **275** - Péritonite aiguë.

### Références

- Has : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-12/ald\\_30\\_gm\\_k\\_foie\\_web.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-12/ald_30_gm_k_foie_web.pdf)

### Les conseils du spécialiste

1. Devant toute douleur épigastrique aiguë, pensez systématiquement à Infarctus du myocarde, embolie pulmonaire, pancréatite, dissection aortique, ulcère gastro-duodénal perforé. Pas de colique hépatique car douleur supérieure à 6 heures.
2. Le calcul de la voie biliaire principale et la dilatation de celle-ci ne sont pas des arguments pour une cholécystite. Le défaut de réhaussement de la paroi vésiculaire n'est pas un argument pour le diagnostic positif mais est un signe de gravité.
3. Migration lithiatique car bilirubine qui n'est pas élevée, qui infirme le diagnostic de lithiase de la voie biliaire principale. La cholécystite simple ne donne pas de perturbation du bilan hépatique.
4. Bypass gastrique au vu du montage chirurgical. Ulcère et Maladie de Crohn du fait de la possibilité d'atteinte duodénale, absent dans la Rch.

5. Après CPRE, il faut impérativement penser à une perforation. L'abcès phrénique et du cul-de-sac de Douglas ne donne pas ce genre de tableau généralisé.
6. Traitement antibiotique chez un patient avec péritonite nécessite une antibiothérapie à large spectre avec par exemple de la tazocilline. De plus patient récemment opéré d'une cholécystite et CPRE. Prélèvements bactériologique et mycologique devant toute péritonite.
7. Suspicion de tumeur hépatique = IRM. Examen le plus sensible et spécifique.
8. Adénome hépatique. Rappel des lésions hépatiques tombables à l'EC-Ni : adénome, HNF, angiome, kyste hépatique, CHC. Chaque lésion a une image spécifique à connaître pour l'examen classant.
9. La contraception œstro-progestative est un facteur de risque d'adénome hépatique.
10. Chez cette patiente avec adénome hépatique, il faut penser à une rupture de kyste et dissémination intra-péritonéale. Le ventre de bois signe une atteinte généralisée avec contracture abdominale.
11. Si la patiente était stable sur le plan hémodynamique, on aurait pu proposer une surveillance. Devant l'état septique, il est indispensable de proposer un remplissage et une embolisation. Pas de résection chirurgicale en urgence mais à distance.
12. Le 2 correspond à la veine cave.
13. AEG, antécédents d'adénome hépatique et alpha-protéine élevée confirment le diagnostic de CHC.
14. 7<sup>e</sup> rang chez l'homme et 15<sup>e</sup> chez la femme. 10 000 personnes sont diagnostiquées chaque année.
15. Tout patient a le droit d'accès à son dossier médical. Pour toute information de moins de 5 ans, le délai est de 48 h à 8 jour maximum. Pour les informations supérieures à 5 ans, le délai maximum peut être de 2 mois.



## CAS CLINIQUE N° 3

Difficulté : 1 2 3

*Monsieur J., 16 ans, consulte aux urgences de votre hôpital pour une douleur abdominale intense périombilicale mal systématisée, apparue ce matin et qui persiste depuis. Il présente également des nausées et des vomissements. Il n'a pas de gaz mais a eu une selle au réveil. Il n'a pas d'antécédents médicaux et chirurgicaux. Il ne prend pas de traitement. Les constantes prises par l'infirmière d'accueil sont les suivantes : TA = 130/80 mmHg, pouls = 95 bpm, T° = 38,5°C, HGT (hémo-glucotest) = 7 mmol/L.*



### QCM I

**Quel est le diagnostic que vous retenez ?**

- A - Colique néphrétique
- B - Occlusion sur bride
- C - Appendicite
- D - Cholécystite aiguë
- E - Invagination intestinale aiguë

**QCM 2**

**Quel bilan paraclinique réalisez-vous ?**

- A - Scanner abdomino-pelvien
- B - Échographie abdominale
- C - NFS
- D - Bilan hépatique complet
- E - ECBU

**QCM 3**

**Vous réalisez un bilan qui retrouve :**

**NFS : leucocytes à 16 000/mm<sup>3</sup> avec 80 % de neutrophiles, plaquettes à 500 000/mm<sup>3</sup> et une hémoglobine à 12,8 g/dL.**

**CRP : 90.**

**Bilan hépatique normal.**

**Lipase normale.**

**BU négative.**

**Que recherchez-vous à l'échographie ?**

- A - Image en doigt de gant
- B - Diamètre appendiculaire augmenté de volume
- C - Stercolithe
- D - Lame d'épanchement dans le cul-de-sac de Douglas
- E - Infiltration de la graisse péri-appendiculaire

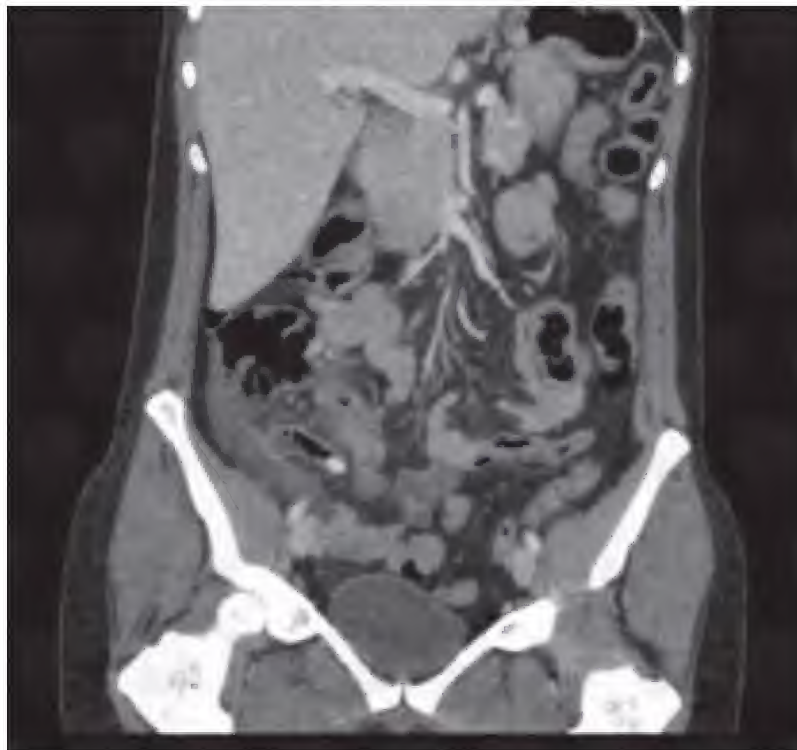
**QCM 4**

**Quelle est la forme appendiculaire la plus fréquente ?**

- A - Latéro-caecale
- B - Rétro-caecale
- C - Sus-hépatique
- D - Pelvienne
- E - Mésocœliaque

**QCM 5**

**Vous ne parvenez pas à réaliser d'échographie. Vous réalisez un scanner, décrivez-le.**



- A - Coupe sagittale
- B - Coupe coronale
- C - Présence d'un stercolithe
- D - Infiltration graisse appendiculaire
- E - Épanchement cul-de-sac de Douglas

**QCM 6**

**Vous décidez de traiter le patient chirurgicalement. Celui-ci vous demande les avantages de la coelioscopie par rapport à la laparotomie.**

- A - Durée d'hospitalisation plus courte
- B - Moins d'abcès de paroi post-opératoire
- C - Reprise des activités quotidiennes plus rapide
- D - Moins de risque d'éventration post-opératoire
- E - Durée d'antibiothérapie plus courte

**QCM 7**

**Le patient est alors opéré. On retrouve une appendicite simple non compliquée. Par la suite, il est hospitalisé dans le service de chirurgie viscérale. Quelle est votre durée d'antibiothérapie ?**

- A - 48 h
- B - 72 h
- C - 5 jours
- D - 7 jours
- E - Pas d'antibiotiques

**QCM 8**

**À J1 le patient se plaint de douleurs abdominales importantes  
Constante : Fc 96 , TA 136/73 , T°37,1  
le bilan du jour retrouve  
Gb 14000 , Crp 25  
HB à 7,4 g/**

**Quel est votre diagnostic ?**

- A - Hémopéritoine
- B - Abscès de paroi
- C - Péritonite localisée
- D - Perforation intestinale
- E - Péritonite généralisée

**QCM 9****Quelle imagerie réalisez-vous ?**

- A - Échographie
- B - Scanner abdomino-pelvien non injecté
- C - Scanner abdomino-pelvien injecté
- D - ASP
- E - Pas d'imagerie, patient déjà irradié il y a 48 heures

**QCM 10****Vous allez voir le patient et retrouvez un des pansements rempli de sang. Quelle est votre explication à cet hémopéritoine ?**

- A - Saignement digestif intra-abdominal
- B - Saignement cutané superficiel
- C - Saignement artériel sous-cutané par atteinte de l'artère épigastrique gauche
- D - Saignement artériel sous-cutané par atteinte de l'artère épigastrique droite
- E - Saignement iliaque



**QCM II**

**De combien de CG décidez-vous de transfuser le patient ?**

- A - 1 CG
- B - 2 CG
- C - 3 CG
- D - 4 CG
- E - Pas de transfusion

**QCM I2**

**Enfin le patient se dégrade sur le plan clinique et repère un point d'hémoglobine au bilan de contrôle une heure plus tard. Vous décidez alors de le reprendre au bloc opératoire. Quels gestes effectuez-vous ?**

- A - Coelioscopie
- B - Laparotomie
- C - Lavage abondant
- D - Prélèvement opératoire
- E - Ligature vasculaire de l'origine du saignement

**QCM I3**

**Vous décidez de transfuser le patient en peropératoire. Quelles sont les complications immédiates de la transfusion ?**

- A - Réactions allergiques bénignes
- B - Syndrome de frisson-hyperthermie
- C - Purpura thrombopénie

- D - Choc anaphylactique
- E - OAP

#### QCM 14

**1 h 30 après le début de la transfusion, en salle de réveil le patient se plaint de frissons. Les constantes sont correctes. Vous suspectez un syndrome de frisson-hyperthermie. Quelle est la physiopathologie ?**

- A - Incompatibilité HLA
- B - Allo-immunisation leuco-plaquettaire
- C - Ac anti-HLA des plaquettes/leucocytes
- D - Incompatibilité ABO
- E - Réaction du greffon contre l'hôte

#### QCM 15

**Que faites-vous en urgence ?**

- A - Arrêt immédiat de la transfusion
- B - Vérifier le groupe de la poche - la carte de groupe du malade - son identité
- C - Injection de corticoïdes IV
- D - Prévenir l'EFS
- E - Remplissage vasculaire

## RÉPONSES

**QCM 1 : C - QCM 2 : BCD - QCM 3 : BCDE - QCM 4 : A - QCM 5 : BCD - QCM 6 : ABCD - QCM 7 : E - QCM 8 : A - QCM 9 : C - QCM 10 : C - QCM 11 : E - QCM 12 : BCE - QCM 13 : ABDE - QCM 14 : ABC - QCM 15 : AB.**

### Items abordés

**178** - Transfusion sanguine. **224** - Appendicite aiguë.

### Références

- Has : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-12/texte\\_court\\_appendicectomie\\_vd\\_2012-12-17\\_16-14-13\\_679.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-12/texte_court_appendicectomie_vd_2012-12-17_16-14-13_679.pdf)  
[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1349939/fr/transfusions-de-globules-rouges-homologues-produits-indications-alternatives](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1349939/fr/transfusions-de-globules-rouges-homologues-produits-indications-alternatives)

### Les conseils du spécialiste

1. Appendicite aiguë chez un jeune homme de 16 ans avec douleurs péri-ombilicale, hyperthermique.
2. Les recommandations sont : échographie abdominale chez le mineur et femme enceinte et non le scanner. Bilan biologique avec bilan hépatique, standard chez un patient avec douleurs abdominales. Pas d'ECBU systématique. BU en première intention.
3. L'image en doigt de gant est un des signes échographiques de l'invagination intestinale aiguë et non de l'appendicite. Tous les signes cités précédemment sont inconstants mais doivent être recherchés systématiquement. Il faut également rechercher des signes de complication comme un abcès localisé, une péritonite et un plastron appendiculaire.
4. Dans environ 2/3 des cas l'appendice est en position latéro-caecale.

- 5.** Scanner en coupe coronale. Visualisation de l'appendice avec présence d'un stercolithe en son sein. On ne peut visualiser la présence d'épanchement dans le cul-de-sac de Douglas. Infiltration de la graisse péri-appendiculaire.
- 6.** La coelioscopie permet d'éviter les complications classiques de la laparotomie, notamment les éventrations et abcès de paroi post-opératoire. Pas de modification d'antibiothérapie en fonction de la coelioscopie ou laparotomie.
- 7.** Selon les recommandations pas d'antibiothérapie pour une appendicite simple.
- 8.** Hémopéritoine devant l'anémie importante. Le syndrome infectieux avec hyperleucocytose et CRP augmentée est classique à J1.
- 9.** Diagnostic à confirmer par un scanner abdomino-pelvien avec injection pour rechercher un saignement actif « blush artériel ».
- 10.** Le plus probable est un saignement sur un orifice de trocart atteignant l'épigastrique. Dans le cadre d'une appendicite, le plus probable est le saignement de l'épigastrique gauche. Un saignement superficiel ne donne pas d'hémopéritoine.
- 11.** Pas de transfusions car patient stable, hb supérieur à 7 g/dl et pas d'antécédents cardiaques.
- 12.** Laparotomie en urgence, pas de coelioscopie indiquée chez ce patient. Drainage lavage. Ligature du vaisseau. Pas d'indications à un prélèvement per-opératoire.
- 13.** Tous les items sont de possibles complications de la transfusion. Le purpura thrombopénique est une complication qui survient souvent 8 jours après la transfusion.
- 14.** L'incompatibilité Abo est le mécanisme physiopathologique de l'hémolyse aiguë. La réaction du greffon contre l'hôte intervient chez des patients immunodéprimés avec agression des tissus du receveur par LT du donneur immuno-compétent. Le syndrome de frisson-hyperthermie est défini par frissons puis fièvre élevée brutale avec absence de rendement transfusionnel et sans signes de retentissement hémodynamique.
- 15.** En urgence ce sont les deux choses à faire en première intention. Pas d'indication à un remplissage vasculaire chez un patient stable hémodynamiquement. Prévenir l'EFS sera à faire mais pas en urgence immédiate.

# CAS CLINIQUE N°4

Difficulté : 1 2 3

*Vous êtes de garde aux urgences et voyez une patiente, Madame R., 84 ans. Antécédents médicaux : DNID, HTA, ACFA. Chirurgicaux : appendicectomie, hystérectomie. Traitement personnel : Bisoc, Previscan, Diamicron, metformine. Cette patiente a chuté de sa hauteur avec impotence fonctionnelle totale poignet gauche et hanche droite. À l'examen clinique, constantes ok. Déformation du membre inférieur droit en raccourcissement, adduction et rotation externe. Poignet également déformé. Vous réalisez des clichés (radiographie).*



## QCM I

### Décrivez la radiographie

- A - Pertes de la continuité des travées osseuses
- B - Fracture cervicale vraie
- C - Fracture per-trochantérienne
- D - Fracture aile illiaque droite
- E - Fracture aile illiaque gauche





**QCM 2**

**Selon la classification de Garden, à quel stade correspond cette fracture ?**

- A - Garden 1
- B - Garden 2
- C - Garden 3
- D - Garden 4
- E - Fracture per-trochantérienne

**QCM 3**

**Vous réalisez également une radiographie de poignet et retrouvez une fracture de Pouteau-Colles. Quels sont les signes cliniques de ce type de fracture que vous avez recherché ?**

- A - Déformation en dos de fourchette
- B - Bascule postérieure
- C - Bascule antérieure
- D - Horizontalisation bistyloïdienne
- E - Œdème sur le site lésionnel

**QCM 4**

**Vous opérez la patiente. Malheureusement, vous apprenez qu'elle est sous Préviscan 1 cp par jour pour une FA prise en charge dans un autre établissement. Vous récupérez les résultats de son bilan d'hémostase au plus vite. Parmi les valeurs suivantes, laquelle (lesquelles) autorise(nt) une éventuelle prise en charge chirurgicale immédiate ?**

A - INR = 1,4

B - INR = 2,3

C - INR = 1,0

D - INR = 1,9

E - INR = 2

### QCM 5

**Vous réalisez les clichés radiographiques suivants en post-opératoire immédiat. Décrivez-les.**



A - PTH

B - PIH

C - Embrochage percutané selon Kapandji

D - Ostéosynthèse vis + plaques

E - Clou gamma

**QCM 6**

**Quelles consignes post-opératoires donnez-vous au patient ?**

- A - Appui immédiat dès J1
- B - Appui différé J5
- C - Appui différé J30
- D - Kinésithérapie poignet + hanche
- E - Kinésithérapie poignet uniquement

**QCM 7**

**À J3, vous êtes appelé à son chevet par l'infirmière, car son état se dégrade. Vous retrouvez une patiente au teint gris, sa tension artérielle est imprenable, il existe des marbrures des genoux. Parmi les propositions suivantes, lesquelles font partie de votre prise en charge en urgence ?**

- A - Angioscanner thoracique en urgence
- B - Héparinothérapie intraveineuse en urgence
- C - Appel du réanimateur
- D - Remplissage vasculaire « agressif »
- E - Intubation des voies aériennes.

**QCM 8**

**Quel est l'examen paraclinique le plus contributif à ce stade de la prise en charge ?**

- A - Gaz du sang artériel
- B - Dosage de la troponine et du BNP

- C - Électrocardiogramme
- D - NFS plaquettes pour rechercher une contre-indication à la thrombolyse
- E - Échocardiographie

**QCM 9**

**Vous réalisez au chevet de votre patiente une échocardiographie transthoracique. Quels éléments pertinents en attendez-vous ?**

- A - Confirmer le diagnostic par la présence de matériel hyperéchogène dans les artères pulmonaires
- B - Recherche d'un épanchement péricardique
- C - Mesure des pressions pulmonaires pour rechercher une HTAP
- D - Évaluation de la fonction systolique du VG par le calcul de la FEVG
- E - Recherche d'une dilatation du ventricule droit

**QCM 10**

**L'échocardiographie retrouve un ventricule droit dilaté (rapport VD / VG à 1,5), hypocontractile, ainsi qu'une veine cave inférieure dilatée dont le diamètre ne varie pas au cours du cycle respiratoire. Vous faites donc le diagnostic de cœur pulmonaire aigu. Quelles sont les anomalies de l'ECG évocatrices de cœur pulmonaire aigu ? Choisissez la ou les réponses correctes.**

- A - Tachycardie sinusale
- B - Bloc de branche droit
- C - Onde S en D1 et onde Q en D3
- D - Sus-décalage du segment ST dans les dérivations précordiales droites
- E - Grandes ondes R en V1 avec rapport R/S > 1

## QCM II

Cinq minutes après administration d'anti-thrombolytique, le teint de votre patiente est passé du gris au rose, vous la retrouvez souriante, les jambes croisées. Vous faites réaliser un angioscanner thoracique dont une coupe est reproduite : quelles sont les réponses exactes ?



- A - La coupe est en fenêtre pulmonaire.
- B - L'acquisition est faite au temps artériel pulmonaire
- C - Il existe un défaut de perfusion proximale de l'artère pulmonaire droite
- D - Le tronc de l'artère pulmonaire est dilaté
- E - 1 et 2 = aorte



**QCM 12**

**L'état clinique de votre patiente s'est stabilisé mais il persiste des marbrures des genoux. Comment allez-vous poursuivre votre prise en charge ?**

- A - La thrombolyse intra-veineuse doit être réalisée devant la présence de signe de chocs et malgré l'amélioration clinique
- B - La thrombolyse intra-veineuse peut ne pas être réalisée car la patiente s'améliore sous héparine
- C - L'héparine suffit dans le traitement de cette patiente
- D - La thrombolyse ne peut être faite en l'absence de diagnostic de certitude par l'angioscanner thoracique ou la scintigraphie pulmonaire
- E - La thrombolyse est contre-indiquée chez cette patiente

**QCM 13**

**L'épisode rentre dans l'ordre. Vous revoyez votre patiente à 6 semaines pour sa fracture de poignet et l'ablation des broches. À l'examen clinique, vous retrouvez une patiente qui se plaint d'une diminution de la mobilité du pouce. Quelle est la complication principale de l'embrochage percutané ?**

- A - Extenseur pouce
- B - Adducteur pouce
- C - Fléchisseur pouce
- D - Fléchisseur commun
- E - Extenseur commun

## QCM 14

La patiente bénéficie d'une nouvelle prise en charge chirurgicale dont l'évolution est finalement favorable. La patiente sort du service à J4 post-opératoire, satisfaite de sa prise en charge et vous la perdez de vue pendant 4 ans. Elle revient aux urgences où vous êtes maintenant un jeune chef d'orthopédie, après avoir glissé à domicile sur son tapis. Faute de pouvoir se relever d'elle-même, elle a appelé les pompiers qui l'ont adressée aux urgences. Elle se plaint d'une douleur importante de hanche droite avec impossibilité à la marche. Quel est votre diagnostic par ordre de fréquence ?

- A - Descellement de prothèse de hanche gauche
- B - Luxation de prothèse de hanche gauche
- C - Fracture sur prothèse de hanche gauche
- D - Luxation – Descellement sur prothèse de hanche gauche
- E - Fracture – Luxation sur prothèse de hanche gauche

## QCM 15

Quelle est votre première mesure thérapeutique spécifique à proposer à cette patiente ?

- A - Réduction en urgence sans attendre
- B - Réduction sous Kalinox (MEOPA) + antalgiques aux urgences
- C - Réduction sous anesthésie générale
- D - Réduction sanglante au bloc opératoire
- E - Prise en charge chirurgicale d'emblée et remplacement de la prothèse de hanche gauche

## RÉPONSES

**QCM 1 : AB - QCM 2 : C - QCM 3 : ABDE - QCM 4 : AC**  
**- QCM 5 : AC - QCM 6 : AD - QCM 7 : BC - QCM 8 : E -**  
**QCM 9 : BE - QCM 10 : ABC - QCM 11 : BCDE - QCM 12 :**  
**A - QCM 13 : A - QCM 14 : B - QCM 15 : C.**

### Items abordés

**53** - Principales techniques de rééducation. **75** - Épidémiologie et prévention des maladies transmissibles. **53** - Principales techniques de rééducation. **135** - Thrombose veineuse profonde. **238** - Fracture de l'extrémité inférieure du radius. **239** - Fracture de l'extrémité proximale du fémur. **309** - Électrocardiogramme.

### Références

- Has : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-09/surdosage\\_en\\_avk\\_situations\\_a\\_risque\\_et\\_accidents\\_hemorragiques\\_-\\_synthese\\_des\\_recommandations\\_v2.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-09/surdosage_en_avk_situations_a_risque_et_accidents_hemorragiques_-_synthese_des_recommandations_v2.pdf)

## Les conseils du spécialiste

1. Perte des travées osseuses que l'on visualise bien sur le cliché. Fracture cervicale vraie appelé vulgairement « du col du fémur ».

2.

Garden I :

- Coxa Valga = verticalisation des travées
- Engrènement

Garden II :

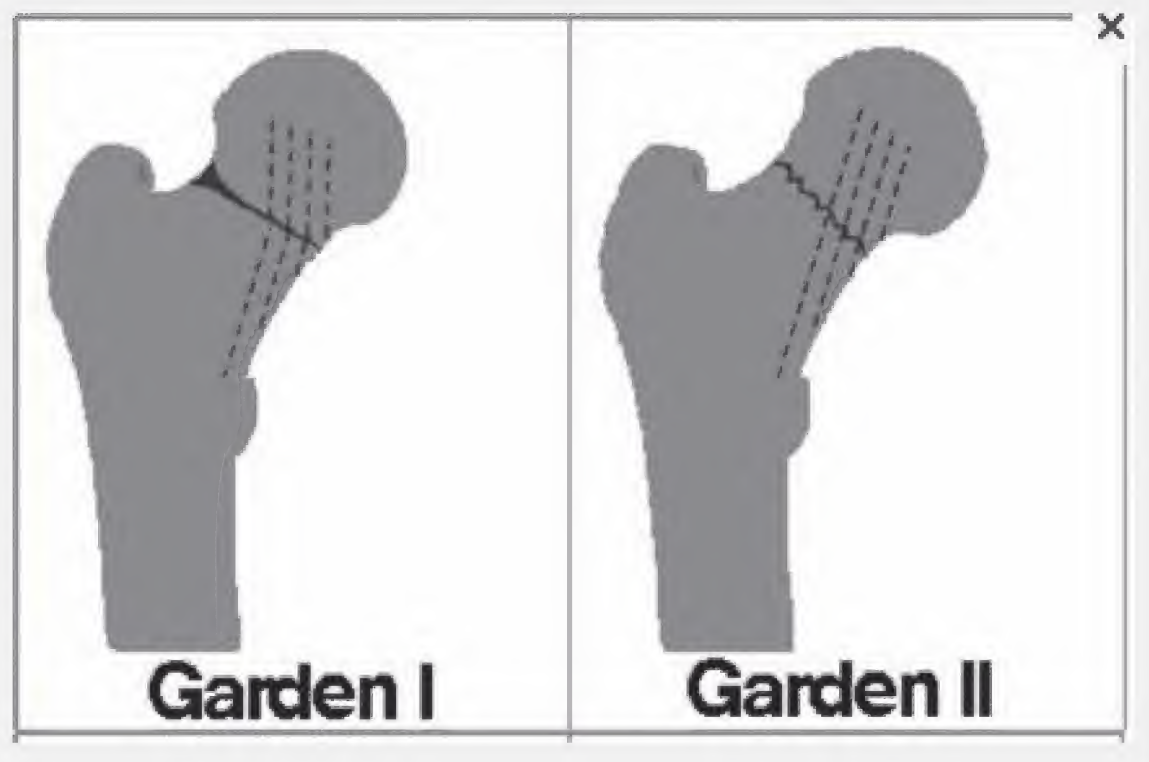
- Absence de déplacement
- Engrènement possible

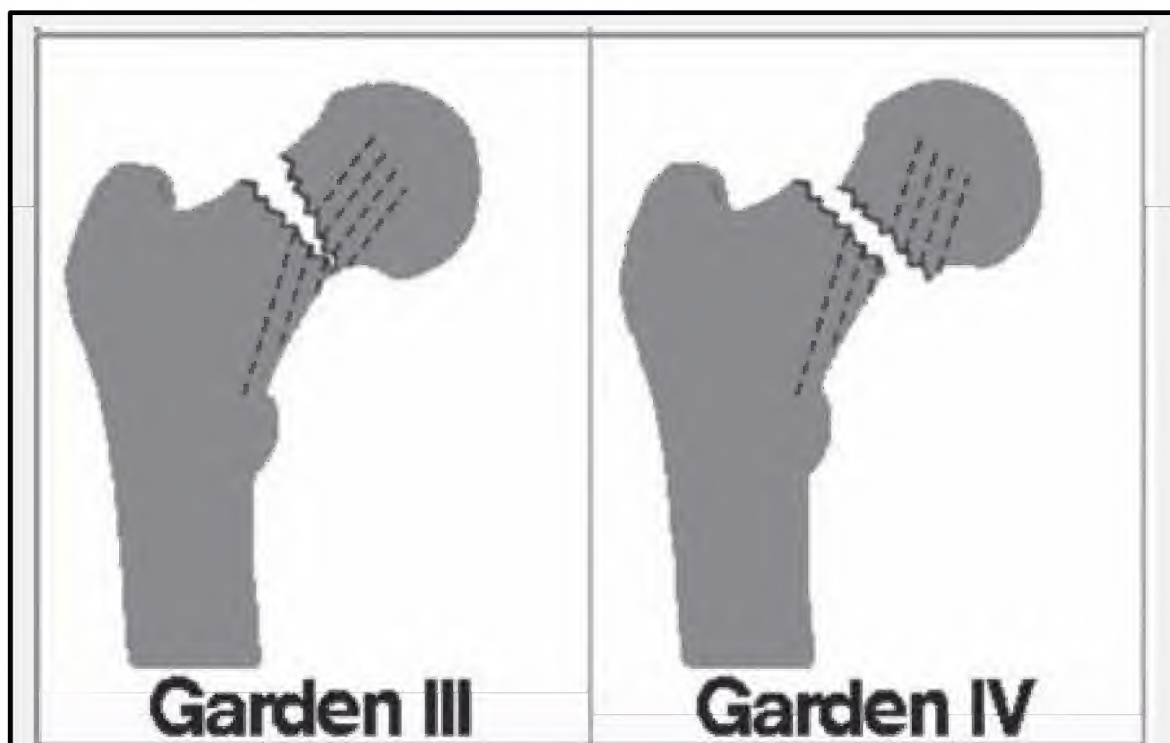
Garden III :

- Coxa Vara = horizontalisation des travées
- Absence d'engrènement

Garden IV :

- Coxa Vara = horizontalisation des travées
- Perte de contact entre la tête et le col
- Risque d'ostéonécrose de la tête fémorale





3. À connaître également la fracture de Goyrand Smith qui est l'inverse de celle de Pouteau-Colles avec bascule antérieure et déformation en ventre de fourchette.

4. INR doit être inférieur ou égal à 1,5.

5. Embroche selon la technique de Kapandji du poignet. Prothèse totale de hanche gauche.

6. Appui immédiat après une prothèse totale de hanche. L'intérêt de cette prothèse est justement la reprise de l'appui immédiatement, qui permet, surtout chez la personne âgée, d'éviter les complications de décubitus. Kinésithérapie systématique.

7. L'angioscanner n'est pas envisageable tant que l'hémodynamique du patient n'est pas stable. Le traitement anticoagulant doit être initié sans retard. Pas d'intubation indiquée.

8. Devant une embolie pulmonaire massive, il faut un examen disponible rapidement au lit du malade et qui peut confirmer le diagnostic et rechercher les signes de gravité.

9. Il faut rechercher des signes de gravité de l'embolie pulmonaire à l'échographie qui orienteront par la suite la prise en charge.

10. Les signes ECG sont une tachycardie, une hypertrophie auriculaire droite, une dextrorotation (S1Q3), une déviation axiale droite des QRS, un retard droit sous la forme d'un bloc incomplet droit ou un bloc complet droit



et des troubles de repolarisation en précordiales droites (onde T inversée voire sus-décalage de ST ou son contraire).

**11.** Le scanner n'est pas en fenêtre pulmonaire car on ne peut voir le parenchyme. Il existe un volumineux défaut de l'artère pulmonaire droite avec un tronc dilaté en amont. 1 et 2 correspondent à l'aorte ascendante et descendante respectivement.

**12.** Devant l'apparition de signes de choc, il est nécessaire d'instaurer un traitement par thrombolyse. En effet, l'amélioration clinique n'est pas un argument pour ne pas instaurer ce traitement. Se rappeler des signes de chocs. Ne surtout pas attendre les résultats des examens complémentaires pour commencer le traitement.

**13.** La complication principale liée à l'embrochage selon la technique de Kapandji est l'atteinte par les broches du long extenseur du pouce.

**14.** La complication la plus fréquente chez un patient avec prothèse totale de hanche est la luxation.

**15.** Anesthésie générale systématiquement pour réduire une luxation de hanche. Il est même préférable d'avoir un patient curarisé et complètement sédaté.

# CAS CLINIQUE N° 5

Difficulté : 1 2 3



*Un patient de 19 ans consulte pour morsure de chien au niveau de la pulpe de son pouce droit.*

*C'est un jeune cuisinier qui s'est blessé 2 jours plus tôt, et se plaint depuis ce matin de douleurs modérées.*

*À l'examen, son pouce est chaud, rouge et œdématié au niveau de la face palmaire, avec une légère dermabrasion sans perte de substance. Il ne présente pas de signes généraux infectieux, ni d'autre lésion associée.*

## QCM I

**Quel est votre diagnostic ?**

- A - Panaris phlegmasique du pouce droit
- B - Panaris collecté du pouce droit
- C - Phlegmon purulent de la gaine des fléchisseurs du pouce droit
- D - Phlegmon phlegmasique de la gaine des fléchisseurs du pouce droit
- E - Abscess du pouce droit

**QCM 2**

**Quel sera votre traitement ?**

- A - Hospitalisation
- B - Ambulatoire
- C - Antibiothérapie
- D - Antalgiques
- E - Injection sérum anti-tétanique systématique

**QCM 3**

**Quelle classe d'antibiothérapie est indiquée ?**

- A - C3G
- B - Cyclines
- C - Pénicilline
- D - Vancomycine
- E - Amphotéricine

**QCM 4**

**En cas de morsure de chien, quel germe devez-vous craindre ?**

- A - Pasteurellose
- B - Staphylocoque doré
- C - Legionellose
- D - Haemophilus Influenzae
- E - Mycose

**QCM 5**

**Quelle mesure est ici indispensable ?**

- A - Dépistage de l'entourage
- B - Informer directement l'employeur
- C - Déclaration à la Drass
- D - Arrêt de travail
- E - Hospitalisation

**QCM 6**

**24 h plus tard, votre patient revient aux urgences. La douleur est à présent pulsatile, et la collection bien circonscrite. Quelle sera votre traitement ?**

- A - Incision de la collection
- B - Antibiothérapie
- C - Excision de la collection
- D - Antiseptiques locaux
- E - Amputation

## QCM 7

Quelques jours plus tard, votre patient revient vous voir, il n'a pas respecté vos consignes, et se plaint maintenant de terribles douleurs pulsatiles et insomniantes du bord radial de sa main droite jusqu'au poignet. Sa main est en pronation avec pouce en crochet, et l'inflammation est à présent étendue sur tout le bord radial de la main. Quel est votre diagnostic ?

- A - Arthrite de l'inter-phalangienne du pouce
- B - Phlegmon purulent de la gaine des fléchisseurs du pouce
- C - Ostéite de la 1<sup>re</sup> phalange du pouce
- D - Arthrite de la première métacarpe phalangienne
- E - Panaris en boutonnière du pouce

## QCM 8

Quelle sera votre prise en charge en urgence ?

- A - Antibiothérapie
- B - Antalgiques
- C - Chirurgie
- D - Hospitalisation
- E - Immobilisation de la main

## QCM 9

Quels conseils donnez-vous à votre patient dans un second temps ?

- A - Dormir main surélevée
- B - Dormir la main en déclive



- C - Mobilisation très précoce
- D - Reprise du travail dès cicatrisation
- E - Reprise du travail dès disparition de la douleur

### QCM IO

**Parmi ces complications, laquelle est la plus probable en cas d'absence de traitement ?**

- A - Rupture tendineuse
- B - Ostéite
- C - Arthrite
- D - Nécrose cutanée
- E - Ostéomyélite

### QCM II

**Le patient revient vous voir et se plaint de n'avoir pas été informé du risque encouru lors de sa prise en charge, et vous demande dans quels cas il est possible de ne pas informer un patient.**

- A - Urgence
- B - Impossibilité d'informer le patient
- C - Refus du patient
- D - Si le patient présente une maladie contagieuse
- E - Si la famille refuse que le patient soit informé

**QCM 12**

**Si une faute médicale était finalement avérée de la part du praticien hospitalier travaillant dans un CHU, quels types de sanctions pourraient lui être appliquées ?**

- A - Pénales
- B - Civiles
- C - Administratives
- D - Ordinales
- E - Aucune

**RÉPONSES**

**QCM 1 : A - QCM 2 : BCD - QCM 3 : B - QCM 4 : A -  
QCM 5 : D - QCM 6 : BCD - QCM 7 : B - QCM 8 : ABCDE -  
QCM 9 : AD - QCM 10 : A - QCM 11 : ABC - QCM 12 : ACD.**

**Items abordés**

**6 - Dossier médical. 10 - Responsabilité médicale. 207 - Infection aiguë des parties molles. 213 - Piqûre et morsures.**

## Les conseils du spécialiste

2. Le traitement se fait à domicile. Il s'agit d'une affection bénigne qui ne nécessite pas d'antibiothérapie. En effet pas de signes généraux, infection localisée au pouce. Pas d'injection de sérum antitétanique systématique, le chien peut être domestique.
3. Cyclines en première intention sur une morsure de chien.
4. Pasteurellose est le germe le plus souvent présent dans la bouche canine.
5. Patient travaillant comme cuisinier. Le risque est la dissémination du germe. Arrêt de travail en urgence.
6. Excision de la collection qui peut se pratiquer au boxe des urgences. Antiseptiques locaux.
7. Devant des douleurs pulsatiles insomniantes. Devant la topographie. Par argument de fréquence et l'épisode de panaris précédent.
11. Si le patient présente une maladie contagieuse, alors il est obligé d'être informé médicalement de sa situation par le professionnel de santé.
12. La responsabilité civile ne s'applique pas à un médecin hospitalier exerçant dans le public.

# CAS CLINIQUE N° 6

Difficulté : 1 2 3

*Vous recevez aux urgences Madame L., 81 ans, ATCD : DNID, HTA, FA, appendicectomie, cholécystectomie, hystérectomie.*

*À l'examen clinique, vous retrouvez une impotence fonctionnelle totale du membre inférieur gauche avec rotation externe, adduction et raccourcissement.*

*Constantes : TA 14/7, FC 74, FR 19, T° 37,1°C. Vous suspectez une fracture du col fémoral.*



## QCM I

**Que voyez-vous à la radio ?**

- A - Garden 2
- B - Garden 4
- C - Pertrochantérienne
- D - Trochantéro-diaphysaire
- E - Branche ischio-pubienne



**QCM 2**

**Quel est le traitement chirurgical dans le cadre de cette fracture ?**

- A - PTH
- B - PTI
- C - Clou gamma
- D - Vis plaque
- E - Traitement ortho

**QCM 3**

**Vous recevez le bilan préop et trouvez un INR à 4.6. Quelle(s) est(sont) le(s) thérapeutiques que vous pouvez instaurer ?**

- A - PPSB
- B - Vitamine K 10 mg
- C - Vitamine K 5 mg
- D - Lovenox 0.6
- E - Aucune des propositions précédentes

**QCM 4**

**La patiente est transférée au bloc opératoire. Lors de l'induction, elle commence à avoir les lèvres qui gonflent et la saturation passe à 81 %. Quel est votre diagnostic ?**

- A - Choc septique
- B - Choc cardiogénique
- C - Choc anaphylactique



- D - Syndrome de détresse respiratoire aiguë
- E - Dress syndrome

**QCM 5**

**Que faites-vous en urgence ?**

- A - Adrénaline 1 mg
- B - Corticoïdes
- C - Bronchodilatateur
- D - Trachéotomie en urgence
- E - Atarax en IVD

**QCM 6**

**Quel est le bilan systématique après un épisode anaphylactique comme celui-ci ?**

- A - IGE spécifiques
- B - IGA
- C - Tryptase sérique
- D - Histamine plasmatique
- E - IGE totales

## QCM 7

**Finalement la patiente est opérée de sa fracture fémorale après prise en charge de son choc anaphylactique.  
Que doit comporter son traitement de sortie ?**

- A - Anticoagulant
- B - Adrénaline
- C - B2 mimétiques
- D - Biprofénid
- E - Antiagrégant

## QCM 8

**La patiente revient vous voir 1 ans plus tard dans le cadre de son suivi orthopédique. Il vous décrit une difficulté à mouvoir son visage. Vous suspectez alors une paralysie faciale périphérique. Quel(s) symptôme(s) vous orientent vers le caractère périphérique ?**

- A - Atteint le territoire inférieur uniquement
- B - Signes de Charles Bell
- C - Lors de la fermeture des paupières, les cils apparaissent plus longs du côté non atteint
- D - Dissociation automatico-volontaire
- E - Atteinte de la motricité des membres inférieurs

**QCM 9**

**Quelles peuvent en être les étiologies ?**

- A - Frigore
- B - Plaie de la face
- C - Compliquant une OMA
- D - Lyme
- E - Traumatisme du rocher

**QCM 10**

**Un bilan minimal est réalisé aux urgences. La NFS retrouve : Hb 15,5 g/dL Leucocytes 4 800/mm<sup>3</sup> dont 4 100 PNN/mm<sup>3</sup> et 450 lymphocytes/mm<sup>3</sup> ; plaquettes 185 000/mm<sup>3</sup>. Le ionogramme retrouve une natrémie à 141 mmol/L et une kaliémie à 4,6 mmol/L. La glycémie est à 1,08 g/L. La CRP est normale. Vous concluez à une paralysie faciale à frigore.**

**Quelle prise en charge thérapeutique proposez-vous pour cette paralysie faciale à frigore ?**

- A - Corticoïdes posologie 2 mg/kg/j 5 jours
- B - Corticoides posologie 4 mg/kg/j 8 jours
- C - Augmentin 1 g x 3 par jour 7 jours
- D - Soins oculaires
- E - Valaciclovir per os

## QCM II

Quelle est la complication la plus fréquente dont vous devez avertir votre patient ?

- A - Déficit moteur persistant
- B - Rétraction musculaire
- C - Syncinésie faciale
- D - Syndrome des larmes du crocodile
- E - Préjudice esthétique

**RÉPONSES**

**QCM 1 : C - QCM 2 : C - QCM 3 : ABC - QCM 4 : C -  
QCM 5 : AC - QCM 6 : ACD - QCM 7 : ABC - QCM 8 : B  
- QCM 9 : ABCDE - QCM 10 : DE - QCM 11 : A.**

**Items abordés**

**175** - Prescription et surveillance d'un traitement par anticoagulant.  
**211** - Œdème de Quincke et anaphylaxie. **239** - Fracture extrémité proximale du fémur. **326** - Paralysie faciale périphérique.

**Références**

HAS :

[http://www.sfar.org/wp-content/uploads/2015/07/Choc\\_Anaphylactique\\_SFAR\\_2010.pdf](http://www.sfar.org/wp-content/uploads/2015/07/Choc_Anaphylactique_SFAR_2010.pdf)

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-09/surdosage\\_en\\_avk\\_situations\\_a\\_risque\\_et\\_accidents\\_hemorragiques\\_-\\_synthese\\_des\\_recommandations\\_v2.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-09/surdosage_en_avk_situations_a_risque_et_accidents_hemorragiques_-_synthese_des_recommandations_v2.pdf)

## Les conseils du spécialiste

2. Le traitement de la fracture pertrochantérienne est un traitement chirurgical percutané par clou gamma. La prothèse est réservée aux fractures du col fémoral.
3. Il faut prescrire de la vitamine K. Ce sera à l'anesthésiste de faire le choix entre de la vitamine K ou du kaskadil.
4. Choc anaphylactique devant l'apparition de symptômes après l'induction anesthésique.
5. Pas de corticoïdes. Tout d'abord bronchodilatateur et adrénaline. Pas de trachéotomie en urgence.
7. Anticoagulation en systématique après une fracture per-trochantérienne. Adrénaline et bêta2-mimétique pour la prévention d'une récurrence de choc anaphylactique à avoir sur soi, de plus, carte et éducation à vie.
8. La paralysie faciale périphérique est définie par une atteinte du territoire inférieur et supérieur, signes de Charles Bell, signe des cils de Souques et une absence de dissociation automatique volontaire.
9. La paralysie faciale à frigore est un diagnostic d'élimination. Rechercher les causes infectieuses, traumatiques, tumorales.
10. Le traitement de la paralysie faciale périphérique est un traitement par corticoïdes 2 mg/kg/j pendant 8 jours, Valaciclovir per os pendant 8 jours, traitement vasoactif par piribédil pendant 8 jours, kinésithérapie, orthophonie, soins oculaires avec pommade à la vitamine A, collyre et larmes artificielles. Traitement étiologique et éducation du patient.



# CAS CLINIQUE N°

# 7

Difficulté : 1 2 3



*Vous voyez aux urgences Madame L. , 47 ans. La patiente est sous traitement anticoagulant par Previscan suite à un remplacement valvulaire aortique par une prothèse mécanique il y a 2 ans.*

*Elle est adressée par son médecin traitant pour dyspnée aiguë depuis 3 jours. L'infirmière d'accueil vous transmet ses constantes : 143/91 mmHg, FR 103/min, SpO2 à 89 % en air ambiant.*

*À L'auscultation cardiaque les bruits du cœur sont réguliers, un souffle systolique intense au foyer aortique irradiant aux vaisseaux du cou.*

*L'électrocardiogramme est en rythme régulier et sinusal. La radiographie thoracique met en évidence une cardiomégalie.*

## QCM I

**Quelle est votre principale hypothèse diagnostique ?**

- A - Désinsertion de prothèse valvulaire
- B - Endocardite aiguë infectieuse
- C - Dissection aortique aiguë
- D - Thrombose aiguë obstructive de prothèse valvulaire
- E - Dégénérescence de prothèse valvulaire

**La biologie est la suivante : ionogramme normal ; INR : 1,9 TCA : 30/30 ; pas de syndrome inflammatoire biologique ; pas de déglobulisation.**

### **QCM 2**

**Quels sont les traitements que vous débutez en urgence ?**

- A - Héparinothérapie par héparine sodique en IV à la seringue électrique
- B - Vancomycine en IV à la seringue électrique
- C - Gentamycine en dose de charge en IV
- D - Thrombolyse en IV
- E - Furosémide en IV

### **QCM 3**

**Quel(s) examen(s) en urgence peuvent permettre de confirmer l'hypothèse diagnostique ?**

- A - Échographie cardiaque trans-thoracique
- B - Échographie cardiaque trans-œsophagienne
- C - Radiocinéma de valve
- D - Angioscanner thoracique
- E - IRM cardiaque

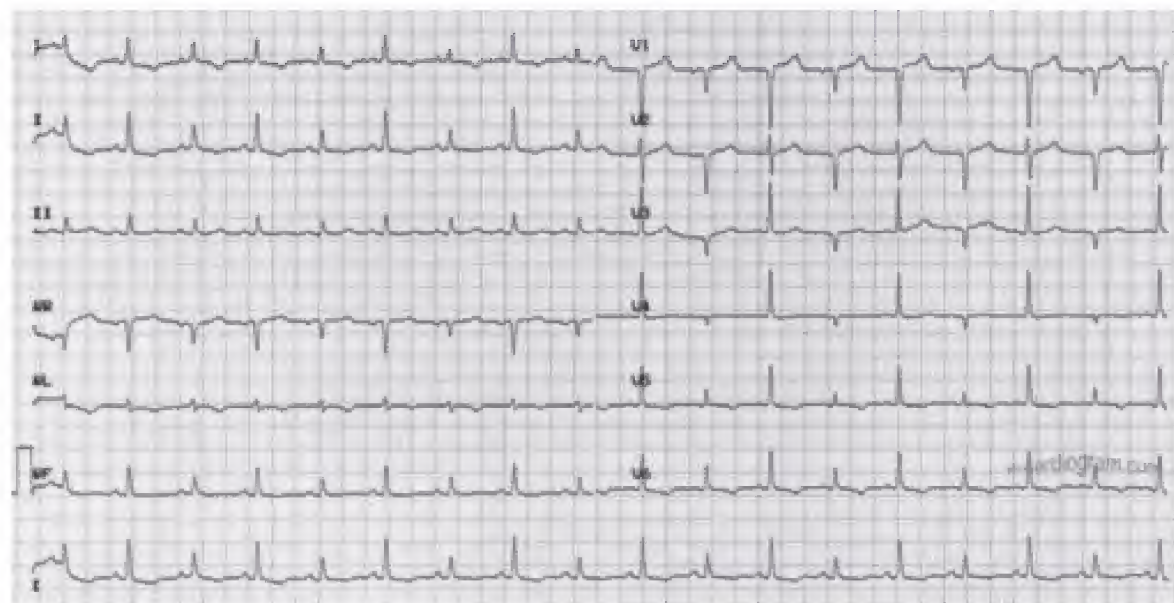
**La patiente bénéficiera d'une chirurgie cardiaque. Vous êtes appelé à J4 dpour douleur abdominale épigastrique. La patiente ne peut que rester assise dans son lit. PA : 95/50 mmHg, fréquence cardiaque à 110/min. Les genoux sont marbrés. L'examen pulmonaire retrouve une diminution du murmure vésiculaire au niveau pleural gauche. L'auscultation cardiaque est normale. La patiente est sous anticoagulant curatif.**

**QCM 4**

**Quel est votre principale hypothèse diagnostique?**

- A - Tamponnade
- B - Thrombose de prothèse valvulaire
- C - Infarctus du ventricule droit
- D - Embolie pulmonaire
- E - Sepsis sévère

**Vous réalisez un ECG dont voici le tracé :**

**QCM 5**

**Quel est votre diagnostic électrocardiographique?**

- A - Alternance électrique
- B - Flutter auriculaire
- C - Microvoltage
- D - Bigéminisme auriculaire
- E - Bigéminisme ventriculaire

**QCM 6**

**Quel(s) signe(s) clinique(s) spécifique(s) de gravité doit-on rechercher à l'examen clinique ?**

- A - Pouls paradoxal de Kussmaul
- B - Tachypnée
- C - Obnubilation
- D - Hippocratisme digital
- E - Nystagmus

**QCM 7**

**Que montrera l'échographie cardiaque ?**

- A - Épanchement péricardique circonférentiel
- B - Septum paradoxal
- C - Aspect de cœur flottant
- D - Dilatation du ventricule droit
- E - Pressions de remplissage augmentées

**QCM 8**

**Quelle est votre conduite à tenir?**

- A - Transfert au bloc opératoire immédiat
- B - Angioscanner thoracique en urgence
- C - ETO en urgence
- D - Transfert en réanimation en urgence
- E - Transfert en salle d'angiographie

## QCM 9

**Quelle est votre prescription médicamenteuse?**

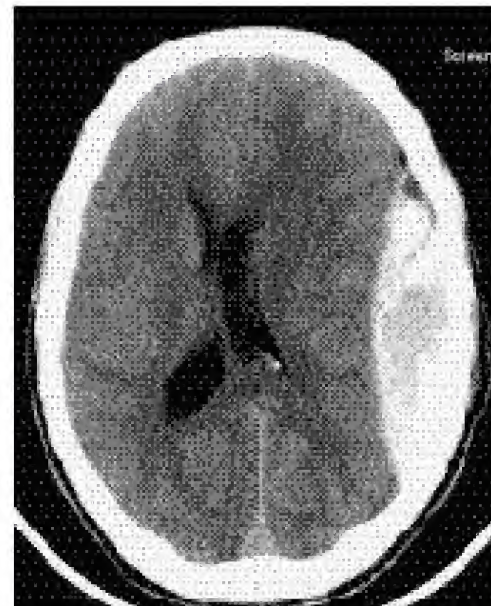
- A - Arrêt du traitement anticoagulant
- B - PPSB en IV
- C - Remplissage vasculaire abondant
- D - Déplétion par diurétique de l'anse en IV
- E - Thrombolyse en IV

## QCM 10

**L'état du patient s'améliore et il sort de réanimation au bout de 6 jours. Alors qu'il est hospitalisé en soins intensifs de cardiologie, il présente une crise convulsive suivie d'une hémiparésie droite. Il est somnolent et difficilement réveillable. Il est immédiatement transporté en radiologie pour réalisation d'un scanner cérébral. La pression artérielle est à 165/90 mmHg, FC 95/min.**

**Quelle est votre interprétation ?**

- A - Hématome intraparenchymateux
- B - Hématome sous-dural droit
- C - Hématome sous-dural gauche
- D - Hématome extra-dural droit
- E - Hématome extra-dural gauche
- F - Engagement sous-falcique





**QCM II**

**Quels sont les éléments-clés de votre prise en charge ?**

- A - Intubation/ventilation artificielle
- B - Ventilation non invasive
- C - Remplissage vasculaire
- D - Mannitol
- E - Chirurgie d'évacuation de l'hématome en urgence

**QCM I2**

**Malheureusement l'état clinique du patient se dégrade, après 15 jours de réanimation il ne se réveille pas, avec des lésions cérébrales qui paraissent irréversibles. Vous décidez d'instaurer des mesures de limitations des thérapeutiques. Quelles sont les éléments essentiels dans ce processus ?**

- A - Accord du directeur de l'hôpital
- B - Accord de la famille
- C - Consultation de la personne de confiance
- D - Décision collégiale
- E - Consultation d'un médecin extérieur à l'équipe soignante

**QCM I3**

**Une limitation des thérapeutiques est finalement décidée, quelles sont les modalités de sa mise en œuvre ?**

- A - Arrêt de tous les traitements
- B - Arrêt de tous les traitements sédatifs

- C - Abstention de mise en œuvre de thérapeutiques actives en cas de survenue de complications
- D - Injection intraveineuse de curares
- E - Injection de morphine à visée antalgique

**QCM 14**

**Le patient décède par la suite, il était donneur d'organes. Sur quels critères définit-on l'état de mort encéphalique ?**

- A - Angio-IRM avec arrêt perfusion des 4 axes vasculaires cérébraux
- B - Angio-TDM avec arrêt perfusion des 4 axes vasculaires cérébraux
- C - 2 EEG nuls non réactifs pendant 30 mn à 4 heure d'intervalle
- D - Éliminer toute hypothermie ou sédation pouvant expliquer les examens paracliniques
- E - Glasgow < 5

**QCM 15**

**Quelle est la survie à 5 ans après transplantation hépatique ?**

- A - 20 à 30 %
- B - 30 à 40 %
- C - 50 à 60 %
- D - 60 à 70 %
- E - 70 à 80 %

## RÉPONSES

**QCM 1 : D - QCM 2 : AE - QCM 3 : ABC - QCM 4 : A -  
QCM 5 : A - QCM 6 : A - QCM 7 : ABC - QCM 8 : A - QCM  
9 : AC - QCM 10 : EF - QCM 11 : ADE - QCM 12 : CDE -  
QCM 13 : CE - QCM 14 : BCD - QCM 15 : D.**

### Items abordés

**105** - Surveillance des porteurs de valves et prothèses cardiaques.  
**127** - Transplantation d'organes. **175** - Prescription et surveillance  
d'un traitement anti-thrombotique. **201** - Prise en charge d'un poly-  
traumatisé. **274** - Péricardite aiguë. **309** - Électrocardiogramme.

### Références

HAS : [http://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/2009\\_recos\\_formalisees\\_experts\\_pvlt\\_greffe\\_donneurs\\_vivants\\_texte\\_court.pdf](http://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/2009_recos_formalisees_experts_pvlt_greffe_donneurs_vivants_texte_court.pdf)  
[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-11/rapport\\_has\\_valves\\_aortiques\\_transcutanees\\_2011\\_h2com.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-11/rapport_has_valves_aortiques_transcutanees_2011_h2com.pdf)

### Les conseils du spécialiste

- 2.** Anticoagulation à dose curative en urgence. Pas d'indication à un traitement par antibiothérapie. Traitement par diurétique à instaurer immédiatement.
- 4.** Tamponnade devant une position allongée impossible, une diminution du murmure vésiculaire au niveau du cul-de-sac pleural gauche, des signes de chocs.
- 6.** Le signe de gravité clinique à rechercher est le pouls paradoxal de Kussmaul. Celui-ci est défini par un pouls perçu anormalement plus faiblement lors de l'inspiration car celle-ci entraîne une baisse modérée de la pression artérielle.

7. Les signes échographiques de la tamponnade doivent être à connaître. De plus il est possible que des iconographies échographiques puissent tomber le jour du concours. Celle-ci est typique d'une tamponnade.



8. L'urgence est chirurgicale. Aucun autre examen complémentaire ne doit retarder la prise en charge. Le but est de traiter cette tamponnade.

9. Remplissage vasculaire devant les signes de choc. Pas d'indication à une thrombolyse ou un arrêt des anticoagulants.

10. L'hématome est localisé en extra-dural. À noter les signes de compressions ventriculaires qui, à cet étage, sont localisés en sous-falcoriel.

11. Il faut dans ce cas favoriser l'intubation avec ventilation artificielle, Mannitol pour limiter l'œdème cérébral. Chirurgie en urgence pour traiter la cause, volumineux hématome extradural, signe neurologique clinique grave.

12. Décision collégiale. Il est nécessaire de demander à un médecin extérieur au service pour évaluer l'intérêt à la limitation des soins. Personne de confiance.

13. L'arrêt des soins consiste à ne pas entreprendre de soins actifs pour soigner le patient. Cependant il ne faut pas introduire de thérapeutique létale comme du potassium par exemple. Si le patient fait une détresse respiratoire dans le cadre d'une interruption des soins il n'y aura pas d'assistance respiratoire.

---

---

*Cas cliniques en Urgences chirurgicales*

**14.** L'état de mort encéphalique est défini par un score de Glasgow  $< 3$ , une abolition des réflexes du tronc cérébral, absence de ventilation spontanée. Au niveau paraclinique, un angio-Tdm avec absence de perfusion des 4 axes cérébraux ou 2 erg nuls réactifs sur 30 mn à 4 heure d'intervalle en absence de sédation ou hypothermie.



# CAS CLINIQUE N° 8

Difficulté : 1 2 3

*Première garde aux urgences. Alors que vous venez de vous coucher, l'infirmière vous appelle pour une jeune femme, Mademoiselle T., 17 ans, qui se présente pour des douleurs pelviennes évoluant depuis 2 heures, intenses et non calmées par les antalgiques de palier 1.*



## QCM 1

**Quels sont les diagnostics compatibles avec les éléments de l'énoncé ?**

- A - Grossesse extra-utérine
- B - Appendicite
- C - Rétention aiguë d'urine
- D - Torsion d'annexe
- E - Colique néphrétique

## QCM 2

**Quels examens complémentaires prescrivez-vous en urgence ?**

- A - Scanner abdomino-pelvien
- B - NFS, Plaquettes
- C - Ionogramme sanguin
- D -  $\beta$ -HCG
- E - Échographie abdomino-pelvienne

**QCM 3**

**La patiente est apyrétique, hyperalgique. À l'examen abdominal vous ne retrouvez pas de défense, la bandelette urinaire est négative. À l'examen gynécologique, vous retrouvez une douleur intense au niveau du cul-de-sac vaginal gauche. Quels sont les deux diagnostics les plus probables ?**

- A - Grossesse extra-utérine
- B - Cholécystite
- C - Appendicite
- D - Torsion d'annexe
- E - Globe urinaire

**QCM 4**

**La patiente est de plus en plus algique, non calmée par les antalgiques de palier 1. À l'échographie vous retrouvez un endomètre régulier sans image endo-utérine, un ovaire droit normal et un ovaire gauche avec un kyste liquidien et une douleur déclenchée par le passage de la sonde d'échographie, pas de masse latéro-utérine. Le reste des examens biologiques est normal avec des  $\beta$ -hcg négatifs.**

**Vous retenez le diagnostic de torsion d'annexe, quelle prise en charge thérapeutique faites-vous en urgence ?**

- A - Hospitalisation
- B - Chirurgie avec coelioscopie en urgence
- C - Antibiothérapie par Augmentin
- D - Méthotrexate en intramusculaire
- E - Perfusion de morphinique

**QCM 5**

**Vous opérez la patiente en remettant l'ovaire gauche en position anatomique. Lors de la coelioscopie, vous retrouvez un liquide réactionnel au niveau du cul-de-sac de Douglas que vous lavez et aspirez. La patiente est hospitalisée en gynécologie et sort à J2. Trois semaines plus tard, la patiente se présente à nouveau aux urgences pour une réapparition de douleurs abdominales et vomissements, une hypotension à 85/55 et une contracture généralisée. Vous réalisez un dosage des  $\beta$ -hcg et retrouvez un taux à 2600. À quel diagnostic devez-vous penser en priorité?**

- A - Torsion d'annexe récidivante
- B - Grossesse extra-utérine
- C - Salpingite
- D - Colique néphrétique
- E - Péritonite sur perforation appendiculaire

**QCM 6**

**Vous réalisez une échographie. Que recherchez-vous ?**

- A - Abscès rénal
- B - Vacuité utérine
- C - Masse annexielle latéro-utérine
- D - Embryon avec activité cardiaque
- E - Stercolithe

**QCM 7**

**Vous confirmez le diagnostic de GEU rompue à droite, avec un hémopéritoine. Quelles sont les thérapeutiques que vous instaurez ?**

- A - Traitement chirurgical en urgence
- B - Antalgiques de palier adapté
- C - Antibiothérapie adaptée
- D - Injection de méthotrexate
- E - Remplissage vasculaire

**QCM 8**

**À partir de quelle valeur de  $\beta$ HCG une prise en charge chirurgicale est indiquée ?**

- A - 10 000U/L
- B - 20 000U/L
- C - 30 000U/L
- D - 50 000U/L
- E - 100 000U/L

**QCM 9**

**Quels sont les facteurs de risque de cette pathologie ?**

- A - Tabac
- B - Stérilet
- C - Micro-progestatifs
- D - Âge maternel avancé
- E - Antécédent de GEU

**QCM 10**

**Quelle est la probabilité qu'il existe une grossesse intra-utérine concomitante ?**

- A - 1/5000
- B - 1/10000
- C - 1/20000
- D - 1/30000
- E - 1/100000

**QCM 11**

**Si vous aviez décidé d'instaurer un traitement médical, lequel auriez-vous choisi ?**

- A - Méthotrexate Im
- B - Distilbène PO
- C - Imurel IM
- D - Imurel IV
- E - Glivec per os

**QCM 12**

**La patiente est opérée rapidement, pas de complications post-opératoire. Sortie à J3 à domicile. De quels risques devez-vous informer votre patiente sur le court et long terme ?**

- A - Récidive de grossesse extra-utérine
- B - Abscess post-opératoire profond
- C - Infertilité
- D - Salpingite
- E - Pas d'informations à une patiente mineure, uniquement à ses parents.

## QCM 13

**Votre externe très curieux vous demande à partir de quelle valeur de  $\beta$ -hcg vous pensez retrouver une image d'œuf à l'échographie endovaginale.**

- A - 500 U/L
- B - 1 000 U/L
- C - 1 500 U/L
- D - 2 500 U/L
- E - 3 500 U/L

## QCM 14

**Trois ans plus tard elle consulte pour une douleur pelvienne avec une fièvre à 38,9°C. Ses dernières règles étaient normales et ont fini il y a 4 jours. Mais elle saigne à nouveau depuis la veille. Elle a pour contraception la pilule Minidril, qu'elle prend sans oubli. L'abdomen est très sensible en FID et l'examen au spéculum retrouve des saignements marrons avec des pertes malodorantes. Quel est votre diagnostic ?**

- A - Salpingite
- B - Cervicite
- C - Endométrite
- D - Cystite
- E - Infection génitale haute.



**QCM 15**

**Lequel (lesquels) des items suivants fait (font) partie de l'infection génitale haute ?**

- A - Endométrite
- B - Salpingite
- C - Abscès tubo-ovarien
- D - Pelvi-péritonite d'origine génitale
- E - Endocervicite

**RÉPONSES**

**QCM 1 : ABCD - QCM 2 : BDE - QCM 3 : AD - QCM 4 : ABE  
- QCM 5 : B - QCM 6 : BC - QCM 7 : ABE - QCM 8 : ABCDE  
- QCM 9 : ABDE - QCM 10 : D - QCM 11 : A - QCM 12 :  
ABCD - QCM 13 : C - QCM 14 : E - QCM 15 : ABCD.**

**Items abordés**

**18 - Grossesse extra-utérine. 39 - Algies pelviennes chez la femme.  
88 - Infections génitales de la femme.**

**Références**

HAS :

[http://www.cngof.asso.fr/D\\_PAGES/PURPC\\_11.HTM](http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_11.HTM)

[http://www.cngof.asso.fr/D\\_TELE/RPC\\_infections\\_2012.pdf](http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/RPC_infections_2012.pdf)

## Les conseils du spécialiste

1. GEU, appendicite, rétention aiguë d'urine, torsion d'annexe. Ne pas éliminer une appendicite aiguë malgré une absence de défense ou de douleurs abdominales. Sa variation anatomique et notamment sa position pelvienne présente dans 5 % des cas peuvent se présenter par un tableau de douleurs pelviennes. La GEU reste le diagnostic de gravité à éliminer.
2. Pas de scanner abdomino-pelvien en 1<sup>re</sup> intention chez une jeune femme de 17 ans pour rechercher les diagnostics les plus probables que sont la GEU / appendicite / torsion d'annexe ainsi que des signes de gravité associés. Bilan standard comportant NFS plaquettes, bilan de coagulation avec TP, TCA CRP pour rechercher un syndrome inflammatoire qui orienterait le diagnostic.  $\beta$ -hcg pour éliminer une GEU. Pas de ionogramme en urgence.
3. GEU et torsion d'annexe gauche sont les deux diagnostics les plus probables. L'appendicite paraît peu probable du fait de l'apyrexie. On peut facilement éliminer la rétention aiguë d'urine avec une information dans l'énoncé qui nous informe d'une BU négative et donc d'une patiente qui a réussi à uriner. La réponse est souvent dans l'énoncé.
4. Chirurgie en urgence par coelioscopie exploratrice. Se rappeler d'un délai de 6 h dans les torsions d'annexe pour la nécrose comme dans la torsion testiculaire. Pas d'antibiothérapie dans la torsion d'annexe. Augmentation des antalgiques chez une patiente non calmée.
5. GEU rompue devant le taux de  $\beta$ -hcg élevé et le tableau abdominal. Même si l'échographie ne retrouvait pas de masse latéro-utérine la semaine précédente, cela n'exclut pas la GEU. La torsion d'annexe aurait pu être évoquée également mais devant le taux de  $\beta$ -hcg élevé on retient la GEU.
6. Pas d'activité cardiaque à ce stade.
7. Chirurgie en urgence devant une GEU rompue avec des signes cliniques et échographique de gravité. Pas d'indication à réaliser un traitement médicamenteux pour traiter cette GEU. Pas d'antibiothérapie.
8. À partir de 10 000 UI de  $\beta$ -hcg un traitement chirurgical est indiqué. Tous les items sont des bonnes réponses.
10. La question discriminante.
11. Surveillance par la suite jusqu'à un taux de  $\beta$ -hcg inférieur à 2 UI/L
12. Tous les items sont des complications susceptibles d'apparaître à distance d'une GEU. Il faut en informer la patiente avec une information claire, loyale et appropriée même si celle-ci est mineure.
13. 1500 par voie intra-utérine. 2500 par voie abdominale.

# CAS CLINIQUE N° 9

Difficulté : 1 2 3

*On vous réveille à 23 h pendant votre garde d'ophtalmologie pour examiner Monsieur K., 29 ans, ouvrier vietnamien qui vient de faire une chute en vélo en se rendant au travail. Il se plaint d'une douleur oculaire droite. Lors de l'examen oculaire vous retrouvez :*

*AV : OD : voit bouger la main < P14 OG : 10/10 P2*

*LAF : OD : hémorragie sous-conjonctivale diffuse, large plaie sclérale avec issue de vitré, chambre antérieure : hyphema, cristallin clair ; OG : RAS*

*FO : OD : impossible due à une hémorragie intravitréenne*

*OG : normal*



## QCM I

**Quelles sont les étiologies d'œil rouge douloureux avec baisse d'acuité visuelle ?**

- A - Épisclérite
- B - Sclérite
- C - GAFA
- D - Uvéite aiguë antérieure
- E - Kératite

**QCM 2**

**Quel est l'examen que vous réalisez ?**

- A - Scanner massif facial et orbitaire
- B - IRM oculaire
- C - Échographie en mode A
- D - Échographie en mode B
- E - OCT

**QCM 3**

**Après votre examen ophtalmologique et les premiers examens complémentaires, vous concluez à une plaie du globe oculaire droit avec présence d'un corps étranger intraoculaire. Quel est votre conduite thérapeutique dans la nuit ?**

- A - Traitement médical par antibiotiques
- B - Traitement chirurgical avec suture plaie oculaire
- C - Sat Vat
- D - Traitement médical dans un 1<sup>er</sup> temps puis chirurgical par la suite
- E - Anticoagulant à dose curative

**QCM 4**

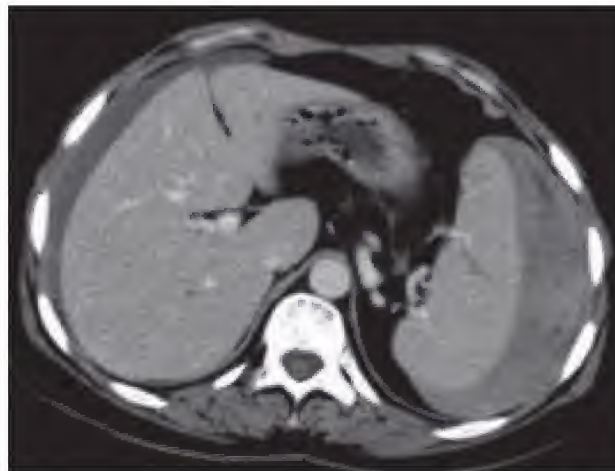
**Vous êtes alors alerté par l'infirmière qui vous annonce que le patient est de plus en plus tachycarde, hypotendu. Vous allez immédiatement le voir dans sa chambre et celui-ci vous décrit des symptômes qui étaient passé inaperçues initialement. Des douleurs importantes en hypochondre gauche.  
Les constantes sont TA 79/55 , T°35,4 FC 132, Hémocue 7,1.**

**Quels sont les diagnostics possibles dans ce contexte ?**

- A - Rupture de rate
- B - Rupture de foie
- C - Rupture pancréatique
- D - Fracture de côtes
- E - Rupture diaphragmatique

### QCM 5

**Décrivez le scanner.**



- A - Hématome péri-hépatique
- B - Pneumopéritoine
- C - Rupture de rate
- D - Hématome sous-capsulaire splénique
- E - Temps artériel

**QCM 9**

**Quelle antibiothérapie et pour quelle durée allez-vous instaurer ?**

- A - Oracilline
- B - Oxacilline
- C - 1 an
- D - 2 ans
- E - À vie

**QCM 10**

**Quels sont les vaccins que vous devez obligatoirement réaliser ?**

- A - Pneumocoque
- B - Haemophilus
- C - Grippe
- D - Rougeole
- E - Rubéole

**QCM 11**

**Le patient souhaiterait être indemnisé, que devez-vous remplir ?**

- A - Feuille d'accident de travail
- B - Feuille d'arrêt maladie
- C - Certificat médical initial descriptif
- D - Mettre le nombre de jours d'interruption temporaire de travail
- E - Mettre le nombre de jours d'incapacité permanente partielle



## QCM 12

**Quand devez-vous réaliser une imagerie de contrôle splénique pour le patient selon les recommandations ?**

- A - J1
- B - J2
- C - J5
- D - J7
- E - Pas d'imagerie de contrôle

## QCM 13

**Vous revoyez le patient quelques années après en consultation. Vous réaliser l'examen ophtalmo et trouvez cela. Décrivez l'image.**

- A - Myosis
- B - Anneau péri-cornéen
- C - Signe de Kayser flèches
- D - Dépôts iridiens
- E - Milliaires



## QCM 14

**À quel diagnostic pensez-vous**

- A - Sidérose
- B - Calcose
- C - Uvéite
- D - Kératite herpétique
- E - Épisclérite

**QCM 15**

**Dans quelle autre maladie cela peut-il également se rencontrer ?**

- A - Maladie de Wilson
- B - Maladie de Cushing
- C - Maladie de Bouveret
- D - Maladie de Marfan
- E - Aucune de ces maladies

**RÉPONSES**

**QCM 1 : CD - QCM 2 : C - QCM 3 : D - QCM 4 : ABC -  
QCM 5 : ADE - QCM 6 : C - QCM 7 : AD - QCM 8 : AB  
- QCM 9 : AD - QCM 10 : ABC - QCM 11 : AC - QCM 12 :  
E - QCM 13 : BC - QCM 14 : A - QCM 15 : A.**

**Items abordés**

**109** - Accident du travail et maladie professionnelle. **201** - Prise en charge d'un polytraumatisé. **212** - Œil rouge et douloureux.

**Références**

HAS :

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/rapport\\_rx\\_bassin\\_thorax\\_traumato.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/rapport_rx_bassin_thorax_traumato.pdf)

## Les conseils du spécialiste

1. Les causes d'œil rouge douloureux avec BAV sont l'uvéite, la kératite et le glaucome aigu par fermeture de l'angle. La sclérite et l'épisclérite ne donnent pas de baisse d'acuité visuelle.
2. Pas d'indication à une IRM orbitaire en urgence. Pas d'indication à un scanner. Échographie en mode b pour rechercher un corps étranger et préciser sa localisation.
3. Sat Vat systématique lors d'une effraction cutanée ou muqueuse avec objet extérieur. Traitement médicamenteux par antibiotique. Pas d'indication chirurgicale d'emblée si le corps étranger peut être retiré.
4. Patient avec signes de choc. Pensez à un saignement intra-abdominal.
7. Devant un patient non stable hémodynamiquement et quel que soit le grade du traumatisme de la rate, l'attitude thérapeutique est une splénectomie d'hémostase.
8. La shizocytose se retrouve dans l'hémolyse mécanique. La dacryocytose se retrouve dans la myélofibrose. Corps de Heinz dans le déficit en G6PD et Béta-thalassémie.
9. La prophylaxie est recommandée pendant 5 ans chez l'enfant et 2 ans chez l'adulte.
10. La vaccination contre le méningocoque est également recommandée.
11. Accident sur le trajet du travail correspond à un accident de travail. Pas d'ITT ni de pi à remplir initialement.
12. Splénectomie réalisée, pas d'imagerie de contrôle à réaliser systématiquement. L'imagerie de contrôle se réalise si le patient avait été surveillé et non opéré pour évaluer l'évolution scanographique.
14. Sidérose devant l'antécédent de traumatisme oculaire et l'anneau péri-cornéen.

# CAS CLINIQUE N°10

Difficulté : 1 2 3

*Vous secourez mademoiselle S., 25 ans, victime d'importantes brûlures corporelles. En effet, 10 minutes plus tôt, cette patiente s'est malencontreusement renversée une casserole d'eau bouillante sur le corps.*

*À l'examen, vous constatez que son membre supérieur droit présente sur toute sa surface des phlyctènes séreuses, une peau pâle, de vives douleurs, et une hypoesthésie. Elle présente sur le pied droit un léger érythème, et sur l'ensemble du membre inférieur droit, du thorax et de l'abdomen des exulcérations douloureuses.*

*C'est une patiente originaire d'Afrique de l'ouest avec pour antécédents un accès palustre il y a 3 ans et 2 grossesses voie basse.*



## QCM I

**Quel est le type de brûlure le moins fréquent ?**

- A - Thermique
- B - Chimique
- C - Électrique
- D - Radiations ionisantes
- E - Solaire

**QCM 2**

**Quelle est la surface corporelle brûlée ?**

- A - 15 %
- B - 25 %
- C - 35 %
- D - 45 %
- E - 55 %

**QCM 3**

**Quels sont les 2 principaux risques vitaux dans les 24 premières heures ?**

- A - Choc hypovolémique
- B - Choc hypothermique
- C - Infection
- D - Dénutrition
- E - CIVD

**QCM 4**

**Quel sera votre traitement local pour les brûlures de l'abdomen, du thorax et du membre inférieur droit ?**

- A - Excision
- B - Greffe de peau mince
- C - Antibiotique pommade
- D - Pansements gras seuls
- E - Mise à plat des phlyctènes



**QCM 5**

**En cas de greffe de peau mince, quel est le meilleur site de prélèvement cutané ?**

- A - Cuir chevelu
- B - Cuisse
- C - Fesse
- D - Jambe
- E - Dos

**QCM 6**

**Tout rentre dans l'ordre après votre prise en charge adaptée, vous la revoyez 5 ans plus tard pour un tout autre motif. Elle vous annonce sa troisième grossesse.**

**Elle est à 19 SA. Les sérologies sont négatives. Vous prenez sa tension artérielle qui est à 145/98, elle mesure 1,60 m pour 80 kg. Bandelette urinaire négative.**

**L'examen pelvien retrouve un col de l'utérus mi-long postérieur ramolli un doigt sur toute la longueur.**

**Parmi les propositions suivantes lesquelles sont fausses?**

- A - Il faut rechercher une pré-éclampsie
- B - Il faut introduire un traitement antihypertenseur
- C - Il est nécessaire de faire une épreuve d'effort
- D - Cela correspond à une HTA gravidique
- E - La patiente doit se reposer au maximum

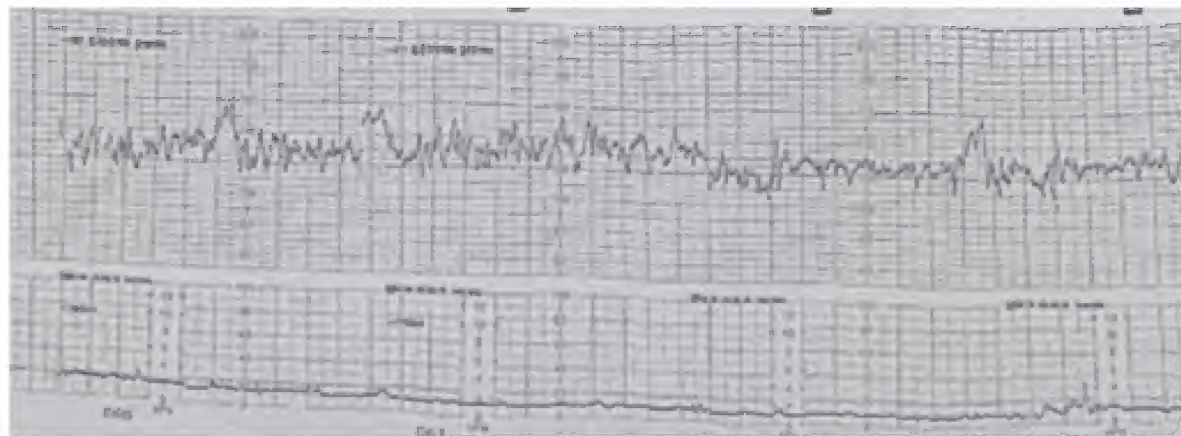
## QCM 7

**Vous la revoyez à 36 SA et 3 j. Vous notez une tension à 164/95 avec une bandelette urinaire présentant deux croix de protéinurie. Que recherchez-vous à l'interrogatoire et à l'examen clinique ?**

- A - Œdème des membres inférieurs
- B - Céphalées
- C - Réflexes ostéo-tendineux absents
- D - Diminution de la perception des mouvements actifs fœtaux
- E - Une hauteur utérine inférieure à la valeur attendue en cas de retard de croissance intra-utérin

## QCM 8

**Vous faites réaliser un enregistrement du rythme cardiaque fœtal et une échographie fœtale. L'échographie fœtale est normale, décrivez le RCF.**



- A - Anormoréactif
- B - Peu oscillant
- C - Sans accélération compensatrice
- D - Sinusoïdal
- E - Normal

**QCM 9**

**Quel (s) examens biologiques réalisez vous?**

- A - Sérologie toxoplasmose
- B - Bilan hépatique
- C - Protéinurie des 24 heures
- D - NFS
- E - CRP

**QCM 10**

**Quel(s) diagnostic(s) retenez-vous ?**

- A - Pré-éclampsie isolée
- B - Hypertension artérielle
- C - Rententissement fœtal
- D - Infection urinaire
- E - Protéinurie isolée

**QCM 11**

**Il s'agit d'une pré-éclampsie surajoutée à une hypertension artérielle à 36 SA. Quels sont le ou les traitements prioritaires dans ces circonstances ?**

- A - Arrêt de la grossesse
- B - Antibiothérapie probabiliste
- C - Augmentation du traitement antihypertenseur
- D - Hospitalisation pour surveillance simple du RCF
- E - Ajout d'un second anti-hypertenseur

## QCM 12

Un déclenchement du travail est effectué le lendemain de son hospitalisation après un travail long et une épisiotomie. Après la délivrance, la patiente saigne avec au bout de 2 min 800 cc qui sont récupérés. La tension artérielle est élevée et la patiente est tachycarde. Quelle est votre prise en charge thérapeutique ?

- A - Massage utérin par intermittence
- B - Réchauffement de la patiente
- C - Sondage urinaire
- D - Transfusion sanguine en systématique
- E - Révision utérine et suture d'une éventuelle déchirure de la filière génitale

## QCM 13

Quels sont le(s) étiologie(s) que vous pouvez évoquer ?

- A - Atonie utérine
- B - Non décollement du placenta
- C - Déchirure du col
- D - Épisiotomie
- E - Perforation utérine

## QCM 14

L'hémorragie s'arrête : que surveillez-vous en post-salle d'accouchement ?

- A - Tension artérielle
- B - Montée laiteuse

- C - Prise de poids
- D - Diurèse des 24 heures
- E - Retour de couches

### QCM 15

**Vous avez demandé à voir la patiente en visite post-natale pour suivre son évolution. Que lui recommandez-vous à l'issue de cette consultation?**

- A - Contraception pilule œstro-progestative
- B - Anticoagulation préventive lors de la prochaine grossesse
- C - Acide folique pour la prochaine grossesse
- D - Consultation chez un cardiologue
- E - Rééducation pelvienne

## RÉPONSES

**QCM 1 : D - QCM 2 : D - QCM 3 : AB - QCM 4 : DE - QCM 5 : A - QCM 6 : ABC - QCM 7 : ABDE - QCM 8 : AE - QCM 9 : ABCD - QCM 10 : B - QCM 11 : A - QCM 12 : BCE - QCM 13 : AD - QCM 14 : ABD - QCM 15 : CDE.**

### Items abordés

**17** - Principales complications de la grossesse - Hémorragie de la délivrance. **201** - Évaluation de la gravité et prise en charge d'un brûlé grave. **218** - Principales complications de la grossesse, pré-éclampsie et syndrome pré-éclampsique.



## Références

HAS :

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/HPP\\_recos.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/HPP_recos.pdf)

[http://www.cngof.asso.fr/D\\_TELE/RPC\\_preeclampsie\\_fr\\_BM2.pdf](http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/RPC_preeclampsie_fr_BM2.pdf)

## Les conseils du spécialiste

1. La brûlure par radiation ionisante est la moins fréquente de toutes.
2. Cette classification est à connaître pour le concours.
3. L'infection arrive en troisième.
4. Pas de greffe pour cette patiente, ni d'excision chirurgicale.
5. Le cuir chevelu est le meilleur endroit pour la greffe en peau mince.
6. On ne recherche pas une pré-éclampsie en première intention. Pas d'indication à réaliser une épreuve d'effort.
9. Pas d'indication à rechercher une cause infectieuse.
10. Il s'agit d'une prééclampsie surajoutée à une hypertension artérielle à 36 SA.
11. À partir de 36 SA priorité à l'accouchement par césarienne ou voie basse. L'adaptation du traitement anti-hypertenseur se fait en parallèle pour un équilibre aux alentours de 14/9.
12. Pas de transfusion en systématique, suture pour traiter l'étiologie.
14. Le retour des couches ainsi que le poids de la patiente ne se surveillent pas dans l'immédiat. Le poids du nouveau-né sera à surveiller avec une perte prévisible de 10 % le premier jour.
15. Pas de pilule œstro-progestative en première intention ni d'anticoagulation systématique. Kinésithérapie systématique.

# CAS CLINIQUE N° 11

Difficulté : 1 2 3

*Vous voyez un homme de 39 ans avec sa femme dans le cadre de céphalées diffuses avec vomissements survenues depuis deux heures.*

*Le patient a pour principal antécédent un diabète de type 1.*

*Le patient est apyrétique, constantes : TA 142/86, FC 74.*



## QCM I

**Vous retenez le diagnostic d'hémorragie méningée. Quel examen paraclinique allez-vous réaliser en première intention?**

- A - TDM cérébrale sans injection
- B - TDM cérébrale avec injection
- C - Ponction lombaire
- D - Artériographie des vaisseaux cérébraux
- E - IRM cérébrale

## QCM 2

**Avant de réaliser l'imagerie vous décidez d'examiner le patient. Vous retrouvez une difficulté à l'élévation de la paupière gauche. Quel en est le mécanisme?**

- A - Atteinte de l'artère carotide interne droite
- B - Atteinte de l'artère carotide interne gauche
- C - Atteinte de l'artère vertébrale interne droite
- D - Atteinte de l'artère vertébrale interne gauche
- E - Atteinte de l'artère orbitaire droite

## QCM 3

**Votre externe a eu ses cours de neurologie récemment et vous demande. Quelle est la signification du signe de Kerning ?**

- A - Patient allongé essaie de s'asseoir, il ne peut s'empêcher de fléchir les jambes et les cuisses
- B - Flexion des jambes et cuisses lors du redressement
- C - Flexion d'un membre inférieur lors de la flexion passive de la hanche et du genou homolatéral
- D - Flexion d'un membre inférieur lors de la flexion passive de la hanche et du genou controlatéral
- E - Flexion des 2 membres inférieurs lors de l'antéflexion passive de la nuque

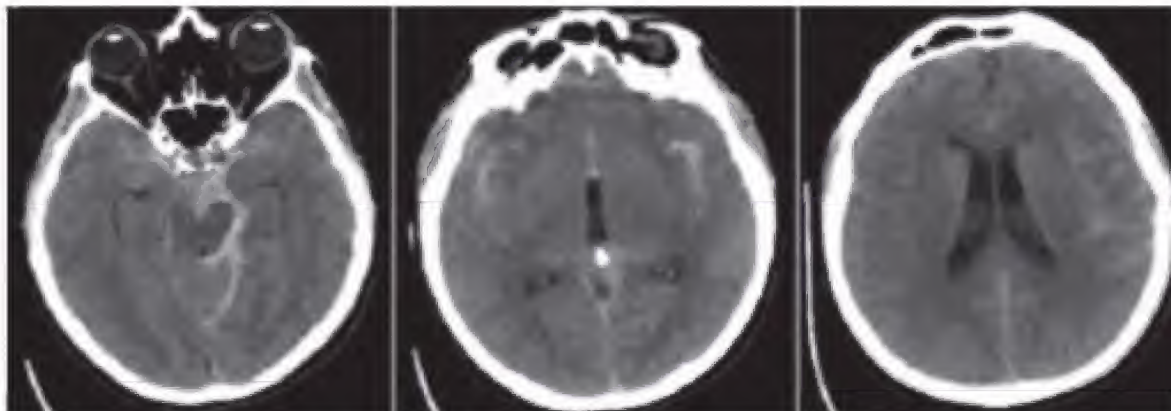
**QCM 4**

**Quel muscle permet de compenser la perte de fonction du muscle releveur de la paupière ?**

- A - Muscle orbiculaire
- B - Muscle frontal
- C - Muscle droit supérieur
- D - Muscle oblique supérieur
- E - Muscle de Muller

**QCM 5**

**Décrivez l'imagerie.**



- A - Coupe axiale
- B - Calcifications des plexus choroïdes
- C - Hémorragies méningées
- D - Hémorragies intra-parenchymateuses
- E - Engagement temporal

**QCM 6**

**Vous décidez alors de réaliser une artériographie cérébrale. Comment allez-vous procéder ?**

- A - Injection des 4 axes vasculaires d'emblée pour augmenter les chances de trouver la cause
- B - Commencer par l'artère carotide droite
- C - Commencer par l'artère vertébrale droite
- D - Occlure le moindre anévrysme visible avant de poursuivre l'examen
- E - S'arrêter en cas d'ischémie

**QCM 7**

**Votre externe en examinant le patient vous fait remarquer une mydriase gauche. Quelle est la signification ?**

- A - Syndrome de Claude Bernard Horner de l'œil gauche
- B - Occlusion de l'artère centrale de la rétine de l'œil gauche
- C - Engagement temporal gauche
- D - Compression du troisième nerf crânien gauche
- E - Hypertension intracrânienne

**QCM 8**

**Vous concluez à une hémorragie méningée sur rupture d'anévrysme intracrânien. Quelle est sa localisation ?**

- A - Terminaison de la carotide interne droite
- B - Terminaison de la carotide interne gauche
- C - Communicante antérieure
- D - Vertébrale droite
- E - Vertébrale gauche



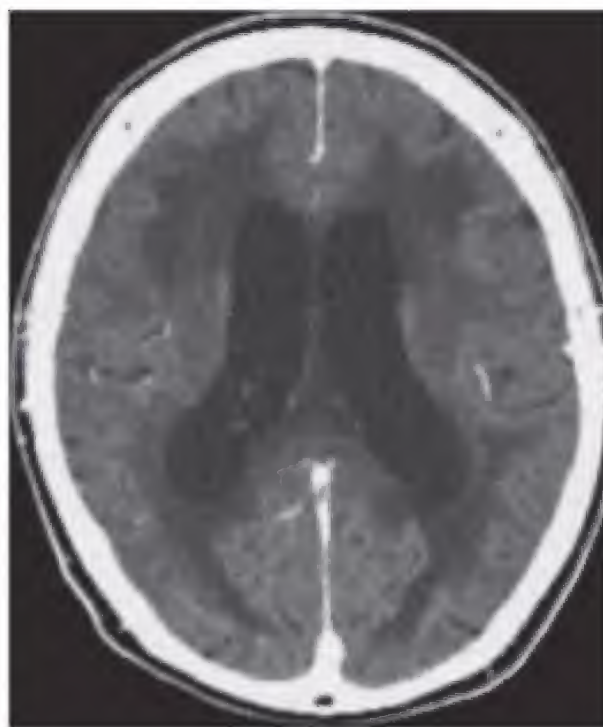
## QCM 9

**Vous prenez en charge en urgence le patient au bloc opératoire quel est votre prise en charge ?**

- A - Traitement chirurgical
- B - Surveillance tous les 6 mois
- C - Radiothérapie locale
- D - Exclusion par voie endovasculaire (radiologie interventionnelle)
- E - Gamma knife

## QCM 10

**Le patient est opéré, trois semaines après vous le revoyez en consultation pour céphalées, vomissements. Il vous décrit également être ailleurs ses derniers temps. Vous demandez un scanner : décrivez-le.**



- A - Dilatation ventriculaire
- B - Récidive d'hémorragie méningée
- C - Thrombophlébite
- D - Hématome intra-parenchymateux
- E - Hydrocéphalie

**QCM II**

**Quelle est votre prise en charge?**

- A - Dérivation ventriculaire externe
- B - Dérivation ventriculaire interne
- C - Ventriculocisternostomie endoscopique
- D - Abstention thérapeutique
- E - Traitement par antiémétiques

**QCM I2**

**Quelle est la complication la plus fréquente d'une hémorragie méningée ?**

- A - Récidive
- B - Décès
- C - Hémiplégie
- D - Hydrocéphalie à pression normale
- E - Troubles de la mémoire

**QCM I3**

**Un an plus tard, la patiente se présente aux urgences pour mouvements anormaux. En effet, elle décrit des mouvements involontaires de sa main droite, apparus il y a environ 1 heure et ayant cédé spontanément en moins de 5 minutes.**

**À l'examen physique, il n'y a pas de déficit neurologique ; la patiente signale cependant des céphalées accompagnées de nausées depuis ce matin.**

**Quel est le premier examen à réaliser en urgence ?**

- A - Dextro
- B - Scanner cérébral
- C - IRM cérébrale
- D - Alcoolémie
- E - Artériographie cérébrale

#### QCM 14

**Vous confirmez le diagnostic d'épilepsie, malgré une prise en charge adaptée pendant les 5 premières minutes, la crise ne cède pas. La patiente présente toujours des mouvements des 4 membres et ne récupère pas un niveau de conscience satisfaisant. Quelle est votre prise en charge ?**

- A - Transfert en réanimation
- B - Débuter un antiépileptique d'action rapide type Prodilantin
- C - Intubation en urgence
- D - Benzodiazépine en première intention type Rivotril
- E - Oxygénothérapie

#### QCM 15

**Quelle est la fréquence de l'épilepsie post-hémorragie méningée?**

- A - 5 %
- B - 15 %
- C - 30 %
- D - 50 %
- E - 65 %

## **RÉPONSES**

**QCM 1 : A - QCM 2 : B - QCM 3 : B - QCM 4 : B - QCM 5 :  
ACDE - QCM 6 : BE - QCM 7 : D - QCM 8 : B - QCM 9 :  
AD - QCM 10 : AE - QCM 11 : BE - QCM 12 : A - QCM 13 :  
A - QCM 14 : ADE - QCM 15 : A.**

### **Items abordés**

**235** - Épilepsies de l'enfant et de l'adulte. **244** - Hémorragie méningée.

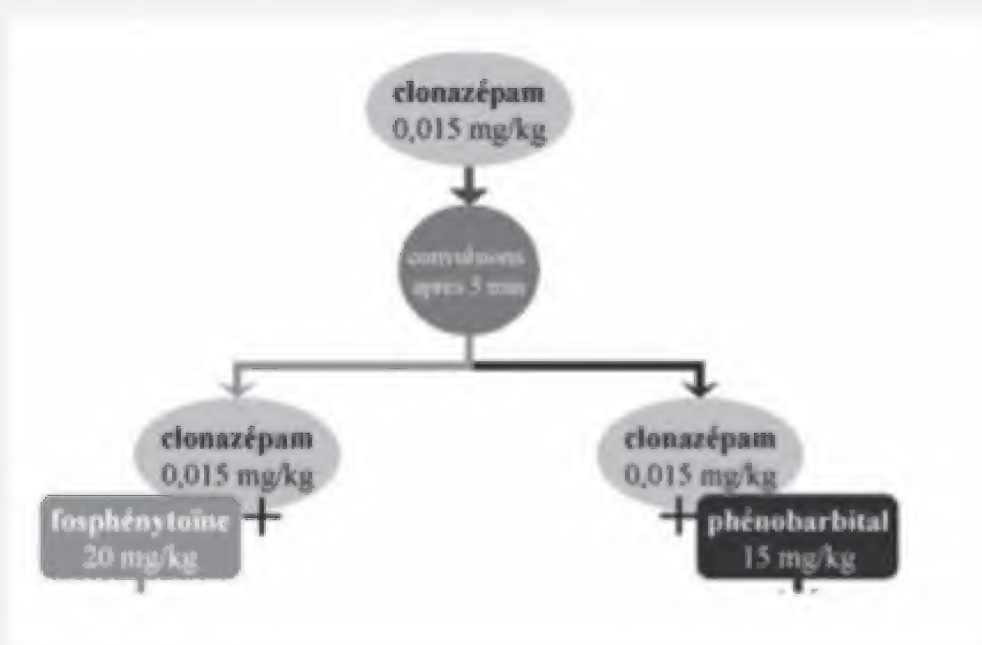
### **Références**

HAS :

[Http://www.sf-neuro.org/sites/sfn.prod/files/files/recommandations.pdf](http://www.sf-neuro.org/sites/sfn.prod/files/files/recommandations.pdf)

## Les conseils du spécialiste

1. Scanner en première intention devant le diagnostic d'hémorragie méningée. Pas d'injection de produit de contraste pour rechercher une hyperdensité spontanée dans les territoires méningés.
3. Signe qui apparaît lors d'une atteinte méningée.
6. Toujours commencer par l'artère carotide interne droite
7. Il est important de bien connaître le territoire de chaque paire crânienne ainsi que la sémiologie neurologique.
9. Traitement chirurgical en urgence avec exclusion par voie endo-vasculaire en radiologie interventionnelle. Pas de radiothérapie.
10. L'hydrocéphalie fait partie d'une des complications post-hémorragie méningée comme le vasospasme ou la récurrence.
11. La dérivation ventriculaire externe est une solution assez exceptionnelle réservée aux situations où la pose d'un matériel étranger n'est pas possible, type infections en cours, LCS hémorragique. La ventriculocisternostomie endoscopique est une technique récente visant à faire communiquer le troisième ventricule avec les citernes de la base. Elle est particulièrement indiquée dans les hydrocéphalies non communicantes ou obstructives et permet d'éviter la pose de matériel étranger souvent source de complications.
13. Patient diabétique. Rechercher un diagnostic différentiel d'hypoglycémie.
- 14.





# CAS CLINIQUE N°12

Difficulté : 1 2 3



*De garde aux urgences, vous recevez Madame B., 78 ans pour perte d'autonomie depuis 24 h.*

*Elle vit seule à domicile. Vous contactez sa fille unique qui vous dit qu'elle était tout à fait autonome. Ses antécédents : HTA, diabète de type 2 depuis 5 ans, cataracte bilatérale opérée il y a 1 an.*

*Traitement actuel : amlodipine 10 mg/j, metformine 1 000 mg x3/j, carbonate de calcium 500 mg x 2/j, paracétamol si besoin.*

*Madame B. est agitée et n'arrive pas à focaliser son attention. La patiente semble très anxieuse quand vous la découvrez pour l'examiner. Elle est apyrétique, les constantes sont bonnes, vous sentez une sensibilité hypogastrique.*

## QCM I

**Sur quels arguments parlerez-vous plutôt de confusion que de démence ?**

- A - Début brutal
- B - Âge de la patiente
- C - Hallucinations visuelles
- D - Troubles attentionnels
- E - Propos incohérents

**QCM 2**

**Vous réalisez un bladder scan qui estime le volume d'urines à 800 cc dans la vessie. Quelle va être votre attitude thérapeutique en urgence ?**

- A - Antalgique palier 2
- B - Antibiothérapie par Augmentin
- C - TR pour rechercher un fécalome associé
- D - Sonde vésicale
- E - Cathéter sus-pubien

**QCM 3**

**Quelles sont les propositions exactes?**

- A - Clampage de la sonde à 1000 cc
- B - Utilisation d'un système de drainage clos
- C - BU et ECBU sur les urines recueillies
- D - Compensation volume par volume des recueils des urines
- E - Utilisation de gants stériles

**QCM 4**

**Quelle est votre interprétation des hallucinations visuelles et votre prise en charge immédiate pour celles-ci ?**

- A - Démence à corps de Lewy
- B - Traitement anti-psychotique en urgence
- C - Scanner cérébral en urgence

D - EEG en urgence

E - Elle majore l'anxiété associée au syndrome confusionnel

### QCM 5

**Vous traitez le globe vésical et le fécalome, la confusion s'estompe. Vous poursuivez l'interrogatoire et vous apprenez que la patiente est constipée depuis plusieurs mois alors qu'elle avait un transit normal jusqu'à présent. Quels sont les facteurs potentiellement responsables ?**

A - Metformine

B - Cancer colo-rectal

C - Paracétamol

D - Régime riche en fibres

E - Prise de carbonate de calcium

### QCM 6

**Quel(s) argument(s) supplémentaire(s) en faveur d'un cancer colo-rectal allez-vous rechercher ?**

A - Amaigrissement récent

B - Saignement digestif extériorisé

C - Pyrosis

D - Hyponatrémie

E - Anémie microcytaire

## QCM 7

Les troubles du transit sont finalement attribués au traitement par calcium. La patiente est inquiète quant au risque de survenue d'une ostéoporose. Son état nutritionnel est correct et son IMC est à 24 kg/m<sup>2</sup>. Que pouvez-vous lui conseiller ?

- A - Ostéodensitométrie
- B - Supplémentation en vitamine C
- C - 1200 mg de calcium par jour
- D - Supplémentation vitamine D
- E - Activité physique régulière

## QCM 8

Vous la perdez de vue pendant 5 ans et la retrouvez au service d'accueil des urgences de votre hôpital après une chute et un traumatisme crânien sans perte de connaissance. Elle est somnolente, ouvre les yeux sur commande, serre la main sur commande et tient des propos totalement incohérents. Il existe un discret déficit moteur de l'hémicorps droit et un signe de Babinski au membre inférieur droit. À combien estimez-vous le score de Glasgow ?

- A - 12
- B - 11
- C - 10
- D - 9
- E - 8

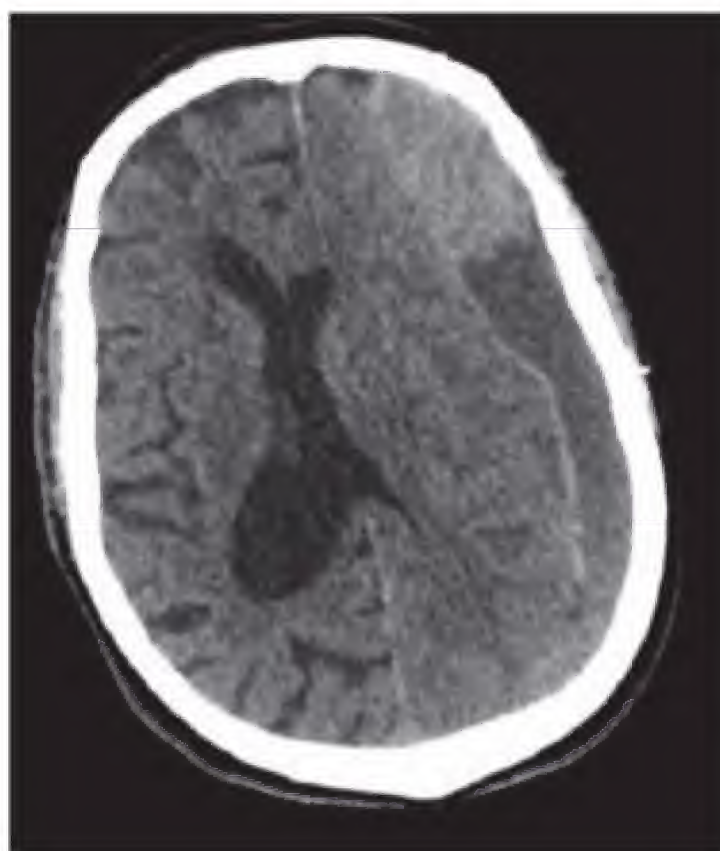
**QCM 9**

**Quel(s) examen(s) complémentaires allez-vous réaliser en première intention ?**

- A - NFS-plaquettes
- B - Ionogramme sanguin, urée et créatinine
- C - INR
- D - IRM cérébral
- E - Scanner cérébral

**QCM 10**

**Décrivez le scanner :**



- A - Hyperdensité spontanée
- B - Hémorragie méningée
- C - Inondation ventriculaire
- D - Hypodensité en croissant de lune hémisphérique gauche
- E - Thrombophlébite



## QCM II

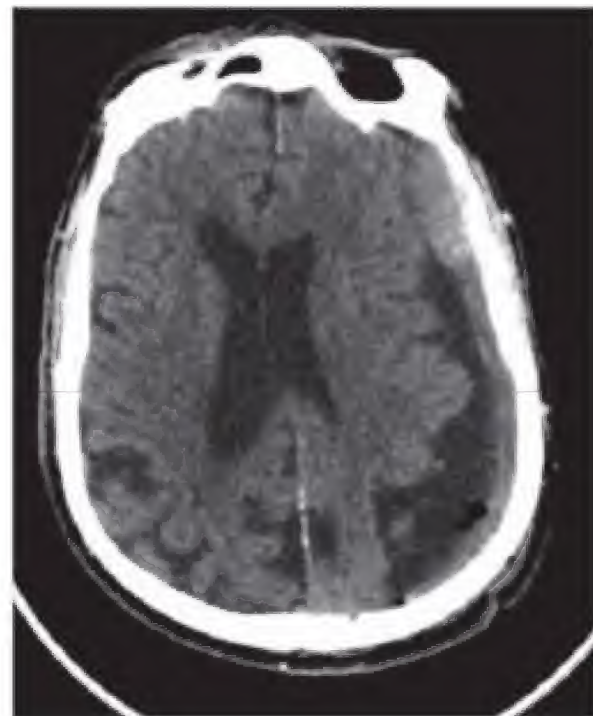
**Quels sont les principes du traitement de cet hématome sous-dural ?**

- A - Administration vitamine K 10 mg
- B - Administration kaskadil
- C - Craniotomie en urgence
- D - Dérivation ventriculaire interne
- E - Dérivation ventriculaire externe

## QCM I2

**L'hématome sous-dural a été traité neuro-chirurgicalement. Voici son scanner de contrôle à J1 post-opératoire. Quelle(s) sont les bonnes réponses ?**

- A - Hématome sous-dural gauche persistant
- B - Hydrocéphalie
- C - Effet de masse sur le ventricule gauche
- D - Thrombophlébite
- E - Hémorragie méningée





**QCM 13**

**Vous revoyez la patiente à distance, celle-ci présente des troubles de la statique importants, une marche à petits pas glissés, une rétropulsion. La patiente a maigri, avec un IMC à 19. Quelle est votre hypothèse ?**

- A - Maladie de Parkinson
- B - Maladie d'Alzheimer
- C - Myasthénie
- D - Syndrome post-chute
- E - Paralyse supranucléaire progressive

**QCM 14**

**Quel(s) professionnel(s) de santé peu(ven)t jouer un rôle ?**

- A - Neuropsychologue
- B - Psychomotricien
- C - Diététicien
- D - Ergothérapeute
- E - Kinésithérapeute

**RÉPONSES**

**QCM 1 : ACD - QCM 2 : CD - QCM 3 : BCE - QCM 4 : E - QCM 5 : BE - QCM 6 : ABE - QCM 7 : CDE - QCM 8 : A - QCM 9 : ABE - QCM 10 : AD - QCM 11 : C - QCM 12 : AC - QCM 13 : D - QCM 14 : BCDE.**

### Items abordés

**62** - Trouble de la marche et de l'équilibre, chute chez le sujet âgé.  
**63** - Confusion et démence du sujet âgé. **148** - Tumeur du côlon et du rectum. **201** - Traumatisme crânio-facial. **230** - Coma. **300** - Constipation de l'adulte.

### Références

HAS :

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/ald\\_30\\_\\_guide\\_ccr\\_web.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/ald_30__guide_ccr_web.pdf)

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/confusion\\_aigue\\_chez\\_la\\_personne\\_agee\\_-\\_recommandations\\_2009-07-08\\_16-58-24\\_661.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/confusion_aigue_chez_la_personne_agee_-_recommandations_2009-07-08_16-58-24_661.pdf)

### Les conseils du spécialiste

1. Les hallucinations sont plus fréquentes dans les confusions que dans les troubles démentiels. Début brutal et trouble de l'attention font partie de la définition du syndrome confusionnel.
2. Le sondage soulagera la douleur. Pas de palier 2 en première intention. Rechercher un fécalome associé, de plus syndrome confusionnel peut être causé par un fécalome.
3. Pour prévenir l'hémorragie a vacuo il faut clamber à partir de 500 cc pendant 5 mn.
4. Les hallucinations dans le syndrome confusionnel n'ont pas de valeur d'orientation, il faut traiter la cause pour qu'elles disparaissent.
5. Le régime pauvre en fibres peut donner une constipation ainsi que le calcium.
7. Pas d'ostéodensitométrie en première intention. 1200 mg de calcium et 800 UI vitamine D journalier.
9. Pas d'IRM en première intention, scanner cérébral non injecté.
11. Crâniotomie en urgence. Pas de dérivation ventriculaire interne ni externe.

# CAS CLINIQUE N°13

Difficulté : 1 2 3

*Vous êtes l'interne de garde de maxillo-facial et êtes sollicité par la police pour examiner Jean, 22 ans, qui a reçu un violent coup de tête dans le nez de la part de son copain Marc qui l'a ensuite traîné sur le bitume face contre sol, sur plusieurs mètres, car celui-ci aurait dragué sa copine. Jean, conscient, stable avec un Glasgow à 15, présente une douleur intense à la palpation de tout l'étage moyen de la face.*



## QCM I

**Vous suspectez une fracture CNEMFO de la face.  
Quelle est sa physiopathologie ?**

- A - Absorption de l'énergie au niveau frontal
- B - Absorption de l'énergie au niveau nasal
- C - Destruction du plancher buccal associé
- D - Destruction ethmoïdale
- E - Destruction orbitaire

## QCM 2

**Quel examen demandez-vous pour confirmer votre hypothèse ?**

- A - TDM crânio-faciale
- B - Panoramique dentaire
- C - IRM crânienne et cérébrale
- D - Radiographie crâne
- E - Pas d'imagerie, diagnostic clinique

## QCM 3

**Vous demandez une TDM du massif facial et obtenez les résultats suivants. Décrivez- le.**



- A - Coupe sagittale
- B - Coupe frontale
- C - Coupe coronale
- D - Hernie graisseuse déplacé dans le sinus maxillaire gauche
- E - Fracture externe sinus maxillaire droit peu déplacée

**QCM 4**

**Quels sont les temps de la CS ?**

- A - Fond d'oeil
- B - Tonus oculaire
- C - Acuité visuelle
- D - Lampe à fente
- E - Test de lancaster

**QCM 5**

**Quel traitement envisagez-vous ?**

- A - Antibiothérapie par prophylaxie Augmentin
- B - Traitement chirurgical avec désincarcération musculo-graisseuse
- C - Pas de traitement chirurgical en première intention
- D - Ostéosynthèse avec vis-plaque
- E - Test de duction forcée

**QCM 6**

**Le radiologue confirme votre hypothèse et ajoute qu'il existe une pneumatocèle intracrânienne. Quelles peuvent en être les causes ?**

- A - Fracture sinus maxillaire
- B - Fracture sinus frontal
- C - Fracture plancher orbitaire
- D - Fracture sinus ethmoïdal
- E - Fracture dentaire

**QCM 7**

**Quel est le signe physique à rechercher ?**

- A - Épistaxis
- B - Rhinorrhée
- C - Trismus
- D - Photophobie
- E - Nausées / vomissements

**QCM 8**

**Quelle complication redoutez-vous ?**

- A - Méningite aiguë bactérienne
- B - Thrombophlébite
- C - Paralysie faciale périphérique
- D - Accident vasculaire cérébral
- E - Maladie de Ménière

**QCM 9**

**Quelles sont les préventions ?**

- A - Vaccination anti-pneumococcique
- B - Vaccination anti-méningococcique
- C - Antioprophylaxie par Augmentin
- D - Vaccination antihaemophilus
- E - Prévention de l'entourage



## QCM IO

**Le patient souhaite obtenir un certificat médical initial descriptif. Que devez-vous mettre dedans ?**

- A - Nombre d'IPP
- B - Nombre d'ITT
- C - Traitement chirurgical effectué
- D - Remise aux parents
- E - Remise à l'enfant et aux parents

## QCM II

**Six semaines après l'agression, le jeune homme fait de nombreux cauchemars, il refuse de retourner au lycée. Il croit voir son agresseur régulièrement. Quel est votre diagnostic ?**

- A - État de stress aigu
- B - Syndrome de stress post-traumatique
- C - Dépression
- D - Syndrome paranoïaque
- E - Trouble obsessionnel compulsif

**QCM 12**

**Sa mère vous décrit également des éléments qui vous font suspecter des attaques de panique. Quels conseils donnez-vous au patient pour gérer ses crises ?**

- A - Respiration abdominale
- B - S'isoler des facteurs anxiogènes
- C - Risperdal en IM
- D - Adrénaline en IM
- E - Anxiolytique en IM

**QCM 13**

**Les mesures hygiéno-diététiques ne marchent pas initialement, vous proposez un traitement par anxiolytiques. Citez ceux présents ci-dessous.**

- A - Alprazolam
- B - Bromazepam
- C - Risperdal
- D - Lexomil
- E - Imovane

**QCM 14**

**Quels sont les contre-indications des benzodiazépines ?**

- A - Insuffisance cardiaque sévère
- B - Insuffisance respiratoire sévère
- C - Insuffisance rénale sévère
- D - Insuffisance hépatique sévère
- E - Syndrome d'apnée du sommeil

## RÉPONSES

**QCM 1 : ABDE - QCM 2 : A - QCM 3 : BCDE - QCM 4 : ABCDE - QCM 5 : ABDE - QCM 6 : ABD - QCM 7 : B - QCM 8 : A - QCM 9 : AC - QCM 10 : BCD - QCM 11 : B - QCM 12 : AB - QCM 13 : ABD - QCM 14 : BDE.**

### Items abordés

**76** - Vaccinations. **148** - Méningites et méningo-encéphalites de l'enfant et de l'adulte. **201** - Traumatologie maxillo-faciale.

### Références

HAS :

[Http://www.infectiologie.com/userfiles/File/medias/\\_documents/consensus/2008-Meningites-court.pdf](http://www.infectiologie.com/userfiles/File/medias/_documents/consensus/2008-Meningites-court.pdf)

## Les conseils du spécialiste

1. Il s'agit de fracture du complexe naso-ethmoïdo-maxillo-fronto-orbitaire. Dans les fractures de type CNEMFO, il n'y a pas atteinte du plancher buccal associé. Le choc est absorbé par la pyramide nasale partiellement et va entraîner des lésions en arrière de celle-ci.
2. L'examen paraclinique en urgence est un scanner du massif facial. De par sa disponibilité et de son intérêt diagnostique.
3. Coupe coronale et frontale ont la même signification.
4. L'examen ophtalmologique doit être complet. Ne pas oublier le test de Lancaster par un orthoptiste.
5. Autorisation parentale d'opérer. Antibio prophylaxie par Augmentin, traitement chirurgical avec abord du foyer de fracture, désincarcération musculograsseuse, réduction, ostéosynthèse par plaque PDS. Test de duction forcée.
6. Les causes peuvent être une fracture postérieure du sinus frontal, maxillaire ou ethmoïdal. Cela signe une brèche ostéo-méningée.
7. On recherche une rhinorrhée cérébro-spinale.
8. Il faut redouter la méningite précoce ou secondaire à *Pneumocoque*.
9. Antibio prophylaxie par Augmentin et vaccination anti-pneumococcique. Pas de prévention de l'entourage, car c'est une méningite post-traumatique qui peut survenir et non dans un contexte infectieux.
11. Pas de stress aigu car délai supérieur à 4 semaines pour les autres diagnostics pas assez d'éléments pour répondre.
12. Pas de traitement antipsychotique en première intention. Éducation et mesures hygiéno-diététiques en première intention.
14. Également l'âge et l'hypersensibilité connue aux benzodiazépines.

# CAS CLINIQUE N°14

Difficulté : 1 2 3

*Vous voyez aux urgences Monsieur L., 17 ans, qui présente une douleur testiculaire droite importante depuis maintenant 4 heures. À l'examen clinique le patient est apyrétique. Vous suspectez une torsion testiculaire.*



## QCM 1

**Que vous attendez-vous à trouver à l'examen clinique dans le cadre du diagnostic positif ?**

- A - Testicule ascensionné
- B - Chaud et douloureux
- C - Palpation tour de spire
- D - Varicocèle
- E - Hydrocèle réactionnel

## QCM 2

**Vous décidez d'opérer Monsieur L. en urgence au bloc opératoire. Que faites-vous comme traitement ?**

- A - Exploration par voie inguinale
- B - Exploration par voie scrotale
- C - Détorsion testiculaire
- D - Fixation testiculaire droite
- E - Fixation testiculaire controlatérale

**QCM 3**

**Juste avant l'opération, l'anesthésiste vous informe que ses parents ne sont pas présents et injoignables. Que faites-vous ?**

- A - Attente des deux parents pour signature
- B - La signature d'un parent peut suffire
- C - Le patient peut demander à son amie qui est majeure de signer pour lui
- D - Pas de signature nécessaire car urgence chirurgicale
- E - Signature nécessaire car pas considéré comme urgence vitale

**QCM 4**

**En peropératoire le testicule est nécrosé : vous décidez de l'enlever. Des le lendemain vous devez annoncer au patient le geste opératoire que vous avez effectué. Il vous demande le pronostic de fertilité et les options thérapeutiques.**

- A - Le même
- B - Diminué de 50 %
- C - Altéré sensiblement car atrophie testiculaire controlatérale
- D - Prothèse testiculaire possible immédiatement
- E - Pas de prothèse testiculaire en immédiat mais à distance



**QCM 5**

**Le lendemain, le patient se plaint de douleurs abdominales sus-pubienne. Quel est le diagnostic le plus probable ?**

- A - Hernie inguinale
- B - Rétention aiguë d'urines
- C - Colique néphrétique
- D - Appendicite aiguë
- E - Douleurs résiduelles post-opératoires

**QCM 6**

**Que faites-vous ?**

- A - Sonde vésicale
- B - Cathéter sus-pubien
- C - Clampage sonde après 500 cc 5 minutes
- D - Remplissage pour compenser les pertes
- E - Sondage aller-retour puis ablation immédiate

**QCM 7**

**Quelques heures après avoir posé la sonde urinaire le patient se plaint de douleurs du gland. À quoi devez-vous penser en priorité ?**

- A - Phimosis
- B - Paraphimosis
- C - Traumatisme lié à la sonde urinaire
- D - Calcul enclavé urétral
- E - Infection urinaire débutante

## QCM 8

Le patient sort à j4 sans complication. Quelques semaines plus tard vous le revoyez en consultation accompagné de son père, monsieur T., 60 ans. celui ci vous apporte son bilan biologique avec PSA = 8 ng/ml, découverte lors d'un bilan de dépistage fait par son médecin traitant. C'est un retraité de la fonction publique, il fume une dizaine de cigarettes par jour, ne boit pas. Parmi ses antécédents, il a fait un infarctus du myocarde récemment pour lequel son cardiologue l'a mis sous Kardegic, il prend une statine, et des AINS de façon occasionnelle pour une sciatique secondaire, à une hernie discale depuis 15 ans. Il n'a pas d'antécédents familiaux, et n'a pas d'allergie. À l'examen clinique, il est en bon état général, n'a pas perdu de poids (68 kg) il ne se plaint d'aucun signe fonctionnel urinaire. Au toucher rectal, la prostate est homogène, légèrement augmentée de volume, avec une disparition du sillon médian mais on ne palpe pas de nodule individualisé. On suspecte un cancer de la prostate. Quel(s) examen(s) allez vous réaliser pour confirmer le diagnostic de cancer de la prostate ?

- A - IRM prostatique
- B - Scanner abdomino-pelvien
- C - Biopsie prostatique écho-guidée
- D - Radiographie du thorax
- E - Échographie hépatique

**QCM 9**

**Quels sont les cancers dont on peut proposer un dépistage dans le cadre d'un suivi standard en médecine générale ?**

- A - Colo-rectal
- B - Cutané
- C - Col utérin
- D - Endomètre
- E - Ovaire

**QCM 10**

**Quelles sont les caractéristiques d'un test de dépistage ?**

- A - Test plus sensible que spécifique
- B - Test plus spécifique que sensible
- C - Test valide
- D - Test peu reproductible
- E - Population restreinte

**QCM 11**

**Le diagnostic d'adénocarcinome prostatique de bon pronostic est finalement diagnostiqué, quel traitement lui proposez-vous ?**

- A - Traitement chirurgical
- B - Curiethérapie exclusive
- C - Radiothérapie externe
- D - Surveillance active
- E - Chimiothérapie exclusive

## QCM 12

Dix ans plus tard, il consulte aux urgences pour des douleurs rachidiennes lombaires basses, irradiant dans les membres inférieurs, depuis une semaine, qui ne sont pas calmées par la prise d'AINS habituelle, et qui deviennent insomniantes. Il est inquiet car depuis 3 jours, il commence à avoir du mal à marcher, et se plaint depuis 48 h d'une gêne pour uriner. Sur le plan biologique : la NFS est normale, au iono : créatinine = 60  $\mu\text{mol/L}$ , calcémie = 2,9 mmol/L, albumine = 40 g/L. Que suspectez-vous ?

- A - Syndrome de la queue-de-cheval
- B - Métastases neurologiques
- C - Métastases rachidiennes
- D - Hypercalcémie
- E - Sciatique paralysante

## QCM 13

Décrivez l'imagerie suivante :

- A - Séquence T1
- B - Séquence T2
- C - Fractures vertébrales multiples
- D - Recul du mur postérieur en L3
- E - Recul du mur postérieur en L4



**QCM 14**

**Quelle est votre prise en charge thérapeutique en urgence ?**

- A - Corticothérapie IV
- B - Biphosphonates en IV
- C - Radiothérapie palliative
- D - Chirurgie de décompression
- E - Hyperhydratation

**QCM 15**

**Vous décidez de traiter votre patient par hormonothérapie. Celui-ci, au bout de quelques temps, est en échappement hormonal. Quelle chimiothérapie proposez-vous ?**

- A - Taxanes
- B - Folfox
- C - Folfiri
- D - 5 FU
- E - Oxaliplatine

**RÉPONSES**

**QCM 1 : ABC - QCM 2 : BCDE - QCM 3 : BE - QCM 4 : AE  
- QCM 5 : B - QCM 6 : ACD - QCM 7 : B - QCM 8 : C - QCM  
9 : ABC - QCM 10 : AC - QCM 11 : ABCD - QCM 12 : ACD  
- QCM 13 : BCD - QCM 14 : ABE - QCM 15 : A.**

### Items abordés

**272** - Pathologie génito-scrotale. **307** - Cancer de prostate. **319** - Hypercalcémie. **342** - Rétention aiguë d'urines.

### Références

HAS :

[Http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/ald\\_30\\_guide\\_\\_prostate\\_web.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/ald_30_guide__prostate_web.pdf)

### Les conseils du spécialiste

1. Dans le cadre du diagnostic positif on recherchera le signe de Prehn qui sera négatif. Le varicocèle et l'hydrocèle peuvent être présents mais ne font pas partie des signes de diagnostic positifs.
2. Chirurgie par voie scrotale en urgence.
3. Nécessité de la signature parentale car ne rentre pas dans les urgences vitales. Il est normalement nécessaire d'avoir la signature des deux parents mais dans le cadre de cette urgence une seule signature peut suffire.
4. Pas d'altération de la fertilité. Prothèse possible à partir de la majorité.
5. Diagnostic le plus probable après une chirurgie testiculaire.
6. Sonde vésicale en première intention. Prévention de l'hématurie a vacuo en clampant la sonde 5 min après 500 cc. Compensation volumique pour éviter la déshydratation.
7. Première complication après un sondage vésical.
8. Pour le diagnostic positif il faut une certitude anatomopathologique. L'examen est la biopsie prostatique par voie transrectale avec au moins 12 biopsies.
10. Le test doit être sensible, validé, reproductible, facile à réaliser, peu coûteux et acceptable par la population. De plus, il doit exister un diagnostic spécifique pour le confirmer.



**12.** Le diagnostic le plus probable est celui de métastases rachidiennes compliquant un cancer de prostate avec hypercalcémie et syndrome de la queue-de-cheval.

**13.** Atteintes multiples des vertèbres lombaires et thoracique avec tassement vertébral d'allure secondaire avec un aspect irrégulier et asymétrique. Recul du mur postérieur en L3.

**14.** La chirurgie et la radiothérapie peuvent être proposées après RCP, pas en urgence. Prise en charge de l'hypercalcémie avec hydratation et biphosphonates.

**15.** Chez un patient en échappement hormonal avec progression tumorale et testostérone effondrée.

# CAS CLINIQUE N°15

Difficulté : 1 2 3



*Vous recevez aux urgences Monsieur T., 38 ans.*

*Atcd VIH traité sous trithérapie, diabète de type 2.*

*Il présente de violentes douleurs abdominales localisées en fosse iliaque gauche et fosse lombaire gauche et irradiant aux OGE.*

*EVA à 6/10.*

*Constantes : TA : 144/71, T° 37,1°C, FC 77.*

*Vous suspectez une colique néphrétique gauche.*

## QCM I

**Quels signes ~~m~~évoqueraient un traitement chirurgical de l'abcès ?**

- A - Hyperalgie avec EVA à 6/10
- B - Fièvre
- C - Anurie
- D - Choc septique
- E - Troubles ioniques avec hypokaliémie, hypernatrémie

## QCM 2

**Quel traitement instaurez-vous aux urgences ?**

- A - AINS
- B - Morphine
- C - Glace sur le ventre
- D - Sonde urinaire
- E - Antalgique palier 2

## QCM 3

**Quel est le signe à rechercher sur la BU ?**

- A - Bactériurie
- B - Hématurie
- C - Hyperleucocyturie
- D - Nitrites élevés
- E - BU normale

## QCM 4

**Votre patient est transféré au bloc opératoire car non calmé par les antalgiques. Vous posez une sonde type JJ. Vous réalisez un cliché peropératoire pour vérifier le bon positionnement. Décrivez l'image.**

- A - Sonde en place reliant le rein gauche à la vessie
- B - Calcul bassinet
- C - Calcul urétéral
- D - Calcifications vésicale
- E - Tassement vertébral



**QCM 5**

**Quel est le type de calcul spécifique que votre patient est susceptible de présenter ?**

- A - Acide urique
- B - Calcique
- C - Pyrophosphate de calcium
- D - Médicamenteux
- E - Cholestérolique

**QCM 6**

**Quels médicaments sont susceptibles de donner des coliques néphrétiques ?**

- A - Indinavir
- B - Diamox
- C - Imurel
- D - Cordarone
- E - Bisoprolol

**QCM 7**

**Votre patient est hospitalisé 3 jours dans le service d'urologie. Lors de hospitalisation le patient extrait spontanément son calcul. Les résultats sont : calculs de type acide urique. Quel traitement instaurez-vous ?**

- A - Hygiéno-diététique
- B - Diurèse > 2 L
- C - Alcalinisation des urines
- D - Acidification des urines
- E - Limiter les boissons sucrées

## QCM 8

**Vous revoyez votre patient un an plus tard, il vous décrit des douleurs thoraciques. Vous décidez de réaliser un scanner, décrivez-le.**

- A - Lésions alvéolaires
- B - Image nodulaire
- C - Signe du halo
- D - Signe du grelot
- E - Lésions interstitielles



## QCM 9

**Quel diagnostic suspectez-vous ?**

- A - Aspergillose invasive
- B - Tuberculose
- C - Pneumocystose
- D - Embolie pulmonaire
- E - Tumeur pulmonaire

## QCM 10

**Vous apprenez que le patient ne prend plus son traitement depuis maintenant 2 ans. Vous réalisez un bilan complet et retrouvez  $CD4^+ = 19/mm^3$ , Charge virale = 480 000/mL. Quelles infections opportunistes devez-vous systématiquement rechercher?**

- A - Cysticercose
- B - Cryptococcose

- C - Infection par le CMV
- D - Infection par HHV8
- E - Mycobactéριοse atypique

**QCM II**

**Quels sont les moyens pour prévenir une aspergillose pulmonaire invasive ?**

- A - Prophylaxie par posaconazole
- B - Prophylaxie par itraconazole
- C - Chambre en pression positive
- D - Chambre en pression négative
- E - Flux laminaire

**QCM I2**

**Quels sont chez le patient VIH les vaccins à réaliser en prophylaxie ?**

- A - BCG
- B - Hépatite B
- C - Grippe
- D - Pneumococque
- E - Haemophilus



## QCM 13

À partir de quel seuil de CD4 les vaccins sont-ils indiqués ?

- A - 200
- B - 250
- C - 300
- D - 400
- E - 500

## QCM 14

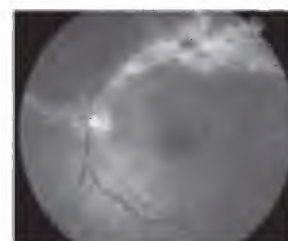
Parmi les anti-rétroviraux suivants, le(s)quel(s) est (sont) susceptible(s) de donner un dress syndrom ?

- A - Ritonavir
- B - Ténofovir
- C - Abacavir
- D - Emtricitabine
- E - Lopinavir

## QCM 15

1 an plus tard votre patient revient avec cet aspect de l'œil : quel est votre diagnostic et quel est le germe impliqué ?

- A - Uvéite
- B - Rétinite
- C - CMV
- D - Cryptococcose
- E - Pneumococque



## RÉPONSES

**QCM 1 : BCD - QCM 2 : ACE - QCM 3 : B - QCM 4 : AC**  
**- QCM 5 : D - QCM 6 : A - QCM 7 : ABCE - QCM 8 : ABC**  
**- QCM 9 : A - QCM 10 : BCE - QCM 11 : ACE - QCM 12 : BCD - QCM 13 : A - QCM 14 : C - QCM 15 : BC.**

### Items abordés

**85** - VIH. **86** - Infections broncho-pulmonaires. **143** - Vaccinations.  
**212** - Œil rouge et douloureux. **262** - Lithiase urinaire.

### Références

HAS :

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/vih\\_guidemedecin\\_version\\_web.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/vih_guidemedecin_version_web.pdf)

<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/aspcourt.pdf>

## Les conseils du spécialiste

1. L'EVA > 7 justifie une prise en charge chirurgicale.
2. Pas de morphinique en première intention avec une EVA à 6/10. Il faut commencer par un traitement de palier 2. Pas d'indication à un sondage.
3. Hématurie isolée.
5. Patient sous trithérapie. L'indinavir est un des traitements qui peut donner des calculs médicamenteux.
9. Patient VIH, images scanographie typique de l'aspergillose pulmonaire.
10. Patient avec  $Cd4 < 50$ . Le patient est susceptible d'être atteint pour toutes les infections opportuniste du VIH.
11. Un patient avec une aspergillose pulmonaire invasive doit être placé dans une chambre seule avec flux laminaire et pression positive.
12. La vaccination contre le BCG est contre-indiquée chez le patient à vie.
15. Rétinite à CMV avec nécrose hémorragique de la rétine, les autres localisations du CMV peuvent être digestive et neurologique.

Avec la collection **ECN-Intégrale**,  
prenez une longueur d'avance !

L'examen national classant a été modifié en profondeur ces dernières années. Le récent passage des cas cliniques écrits aux dossiers progressifs en QCM a radicalement changé la donne, prolongeant la volonté des rédacteurs et des correcteurs de faire des questions les plus « fermées » possibles.

C'est pourquoi nous avons décidé de rédiger cette collection qui se soumet aux dernières règles en vigueur concernant la rédaction des dossiers de 15 questions, à 5 propositions chacune.

Nous espérons qu'elle vous permettra une préparation sereine avec un résultat positif à l'arrivée.

Ces cas ont été rédigés avec soin, et dans la lignée de ceux rédigés pour la banque, sous la supervision de Chefs de Clinique et Professeurs eux-mêmes rédacteurs pour l'ECNi. Il se pourrait même que certaines questions en soient librement inspirées.

À bon entendeur !

**L'équipe de rédaction**

PRIX PUBLIC 9,90 €



9 782915 220728